Niveau(x) d'enseignement: 0 Numéro EDUQ : 9370951
Centre d'intérêt: 240

Raymond, Sylvaine.

La prévention du suicide à l'école : document d'information / [conception et rédaction, Sylvaine Raymond en collaboration avec le Centre de prévention de suicide de Québec, Suicide-action Montréal]. -- [Québec] : Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires, 1993.
67 p. : ill. ; 28 cm.

Code: 9192-530; 28-2560. Bibliogr.: p. 57-58.

ISBN 2-550-23643-2

Vedette(s)-secondaire(s): Centre de prévention de suicide de Québec * Suicide-action Montréal * Québec (Province). Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires

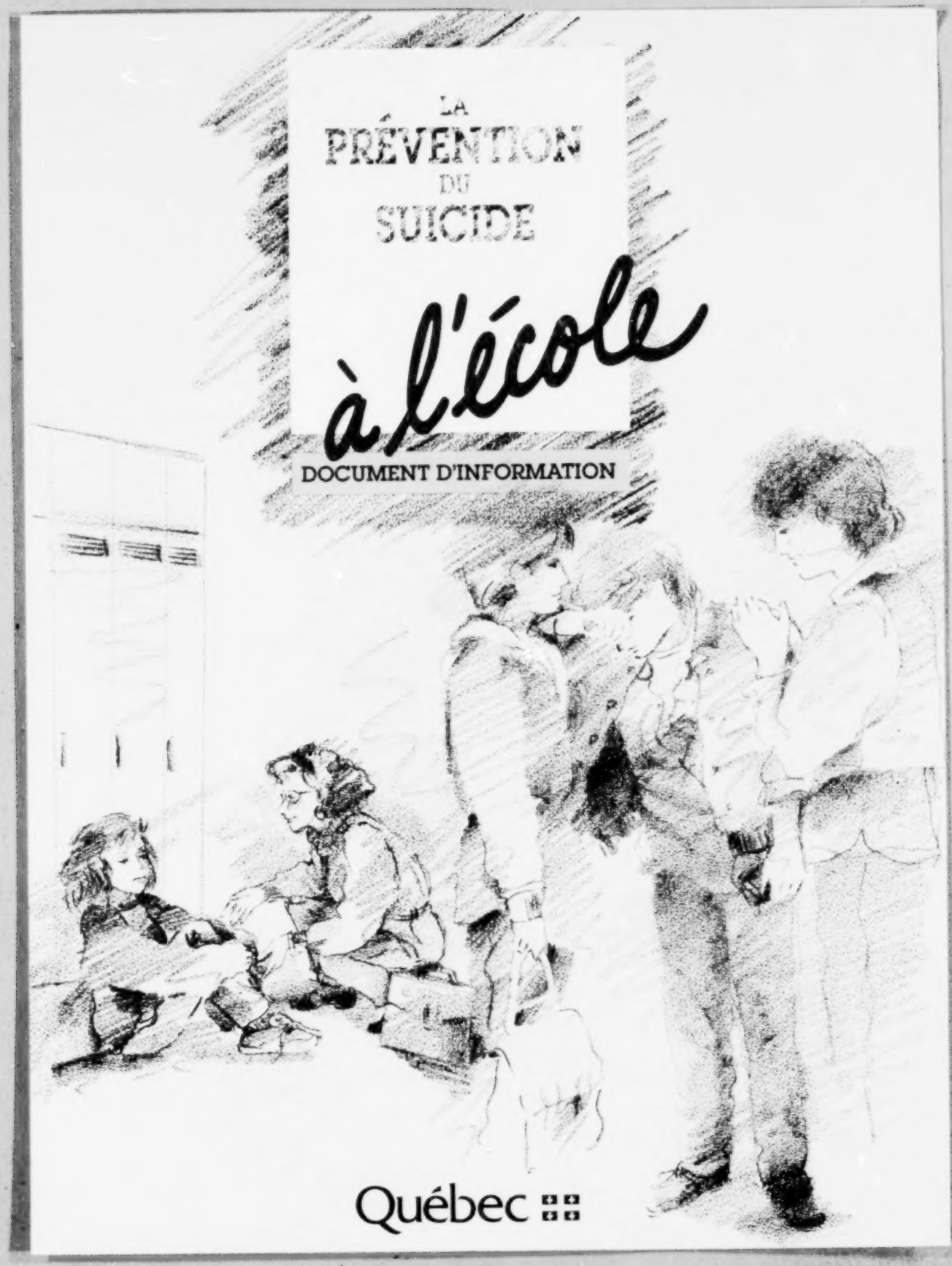
Descripteur(s): Suicide * Jeune * Prévention * Milieu scolaire * Rôle de l'école * Dépistage * Programme d'activités

Ce document fait le point sur les connaissances actuelles en matière de suicide et propose des stratégies d'intervention pour aider le milieu scolaire à prévenir le suicide des jeunes. Il comprend deux parties. La première aborde l'ampleur du problème, les mythes qui l'entourent, les modèles théoriques explicatifs, les facteurs associés aux comportements suicidaires et les signes précurseurs du suicide. La deuxième partie décrit différents types d'interventions et d'approches pour prévenir le suicide d'une façon large puis en milieu scolaire. Sont présentées successivement des activités réalisées en milieu scolaire, des activités de postvention dans le même milieu et des conditions facilitant la mise en place d'activités dans les écoles. Statistiques sur les taux de suicide en annexe.

Type de document:

LA PRÉVENTION DU SUICIDE à l'école

DOCUMENT D'INFORMATION



Québec

937.951

LA PRÉVENTION DU SUICIDE *à l'école*

DOCUMENT D'INFORMATION

Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires

Conception et rédaction:
Sylvaine Raymond

en collaboration avec
Centre de prévention du suicide de Québec
Suicide-Action Montréal

Supervision:
Normand Gagné, Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires
Liette Picard, Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires

ISBN : 2-550-23643-2
Dépôt légal: premier trimestre 1993
Bibliothèque nationale du Québec

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION 1

1. LE SUICIDE: UN PROBLÈME QUI NOUS TOUCHE 3

1.1 L'ampleur du problème 4

2. VERS UNE COMPRÉHENSION DU SUICIDE 7

2.1 Les mythes qui entourent le suicide 7
2.2 Les modèles théoriques 9
2.3 Le concept de crise 10
2.4 La crise suicidaire 11
2.5 Le suicide des jeunes 13
2.6 Le suicide chez les jeunes enfants 14

3. LE SUICIDE, ÇA SE DÉPISTE 15

3.1 Les facteurs associés au suicide des jeunes 15
3.1.1 Les facteurs de vulnérabilité 15
3.1.2 Les facteurs précipitants 18
3.2 Les signes précurseurs 19
3.2.1 Les messages verbaux 19
3.2.2 Les indices comportementaux 20
3.2.3 Les indices émotifs 20

4. LA PRÉVENTION DU SUICIDE 21

4.1 L'intervention individuelle auprès de la personne suicidaire 21
4.2 L'intervention préventive et les niveaux de prévention 23
4.3 La prévention du suicide chez les jeunes: un modèle global 24
4.4 Quelques secteurs d'activités québécoises de prévention du suicide auprès des jeunes 24

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

5. LA PRÉVENTION DU SUICIDE EN MILIEU SCOLAIRE 27

5.1 Les approches de sensibilisation 28
5.1.1 La sensibilisation des élèves 29
5.1.2 La sensibilisation du personnel scolaire 29
5.1.3 La sensibilisation des parents 30
5.2 Les approches de consultation 30
5.2.1 La consultation du personnel 31
5.2.2 La consultation d'autres jeunes 31
5.3 Les approches de dépistage 32
5.3.1 Le dépistage par psychométrie 32
5.3.2 Le dépistage par l'évaluation systématique des jeunes à risque 32
5.3.3 Le dépistage par le réseau de relations 33
5.4 Les approches visant la compétence personnelle 33
5.5 Les approches de modification de l'environnement scolaire 33
5.6 Le choix d'une approche 33

6. DES ACTIVITÉS RÉALISÉES EN MILIEU SCOLAIRE 37

6.1 «La prévention du suicide en milieu scolaire: une approche communautaire» 37
6.1.1 L'information et la sensibilisation auprès des élèves 38
6.1.2 L'information et la sensibilisation auprès des parents 38
6.1.3 L'information et la sensibilisation auprès du personnel enseignant et du personnel administratif 39
6.1.4 La formation du personnel professionnel 39
6.1.5 L'évaluation de ce programme 39
6.2 Le programme «La vie... c'est pour la vie» 40
6.2.1 La sensibilisation 40
6.2.2 L'entraide 40
6.2.3 L'animation du milieu 41
6.2.4 L'accueil et l'orientation des jeunes 41
6.3 «La prévention du suicide: et si on en parlait...» 42
6.4 Le «Programme de prévention du suicide chez les adolescents» 43

7. LES ACTIVITÉS DE POSTVENTION EN MILIEU SCOLAIRE 45

7.1 La planification du projet 46
7.2 La mise en oeuvre de la planification 47

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

8. DES CONDITIONS FACILITANT LA RÉALISATION D'UN PROJET EN PRÉVENTION DU SUICIDE 49

8.1 Un projet adapté à la spécificité du milieu scolaire 49
8.2 Une planification réaliste 50
8.3 La création d'un comité à l'école 50
8.4 Le soutien des commissions scolaires et de la direction d'école 51
8.5 La présence de ressources prêtes à accueillir des jeunes en difficulté et à intervenir auprès d'eux 52
8.6 La complémentarité avec les ressources du milieu 53

CONCLUSION 55

BIBLIOGRAPHIE 57

ANNEXES A 59

ANNEXE B 65

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

PRÉSENTATION

«L'école québécoise vise à développer la personne dans toutes ses dimensions: physique, intellectuelle, affective, sociale, morale et spirituelle. Elle veut favoriser l'épanouissement d'une personnalité créatrice. Elle entend assurer le développement d'une personne qui aspire à l'autonomie, à la liberté et au bonheur, qui a besoin d'aimer et d'être aimée.» (Roy et Boivin, 1988)

Devant ce désir de favoriser un épanouissement complet des jeunes, l'école québécoise se trouve souvent confrontée à la souffrance des jeunes. Cette souffrance s'exprime de plusieurs façons, notamment par la violence, la drogue, l'alcool et les comportements suicidaires. C'est ce dernier aspect qui sera traité dans ce document.

Parler du suicide n'est pas aussi simple qu'on le croit car aborder le suicide, c'est aborder la souffrance. Plus encore, reconnaître que le suicide existe, qu'il est présent dans nos écoles, c'est reconnaître la douleur qui nous entoure. Cette douleur nous angoisse et nos craintes, nos peurs et notre sentiment d'impuissance nous immobilisent et peuvent limiter nos interventions tant individuelles que collectives. Malgré ces craintes, plusieurs écoles québécoises ont décidé de faire face au problème du suicide des jeunes et nous montrent qu'il est possible d'agir.

Le présent document s'inspire de ces expériences québécoises et d'expériences américaines. Il fait tout d'abord le point, sommairement, sur les connaissances actuelles dans le domaine de la prévention du suicide, mais il tente surtout de cerner les stratégies d'intervention possibles pour aider le milieu scolaire à prévenir le suicide des jeunes et améliorer leur bien-être général.

OBJECTIFS

L'objectif général de ce document est d'informer le personnel scolaire québécois afin de susciter la mise en oeuvre d'activités de prévention du suicide dans les écoles. Plus spécifiquement, il vise à:

- sensibiliser le personnel scolaire sur le problème du suicide, son ampleur, les facteurs qui y sont associés;
- sensibiliser le personnel scolaire quant aux signes précurseurs et à l'intervention de crise;
- susciter chez les membres du personnel scolaire une réflexion en ce qui concerne leur rôle potentiel en prévention du suicide;
- informer le personnel scolaire sur les diverses approches de prévention du suicide;
- fournir des exemples concrets pour la mise en oeuvre de projets de prévention du suicide;
- suggérer des étapes facilitant la réalisation d'un projet de prévention du suicide à l'école.

DESTINATAIRES

Ce document s'adresse à tous les membres du personnel de l'école, de même qu'aux élèves, aux parents et aux autres personnes-ressources intervenant auprès des jeunes d'une communauté. Il intéressera toutes les personnes préoccupées par la détresse des jeunes et désireuses d'agir dans leur milieu.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

CONTENU

Ce document comprend deux parties principales. La première partie aborde l'ampleur du problème, les mythes qui entourent le suicide et les différents modèles théoriques qui tentent d'expliquer ce qui conduit à une crise suicidaire. Les multiples facteurs associés aux comportements suicidaires sont par la suite présentés, suivis d'une liste des différents signes précurseurs du suicide.

La deuxième partie décrit différents types d'interventions et d'approches utilisées dans le domaine de la prévention du suicide. Dans un premier temps, on insiste sur l'importance de l'intervention de crise auprès d'une personne suicidaire. Puis, la prévention du suicide et ses différents niveaux sont présentés d'une façon large, ce qui nous amène plus particulièrement à la prévention du suicide en milieu scolaire. On y décrit les grandes approches que l'on retrouve dans les écoles, ainsi que des exemples concrets d'application pour le milieu scolaire. Cette partie se termine par l'exposé des conditions facilitant la mise en place d'activités dans les écoles.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

1

LE SUICIDE: UN PROBLÈME QUI NOUS TOUCHE

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles on le prononce, le mot «suicide» fait surgir une foule d'images et d'émotions. Pour une enseignante, le suicide, c'est un élève de 15 ans qui s'est pendu... Pour une autre, c'est une jeune élève qui, le lundi matin, arrive en classe et, en aparté, raconte qu'elle a fait une tentative de suicide pendant la fin de semaine... Pour un troisième enseignant, c'est cet autre jeune qui l'interpelle dans le corridor, entre deux cours, et lui lance un appel à l'aide plus ou moins déguisé... et l'on pourrait ajouter encore plusieurs situations...

En fait, les enseignants, les enseignantes et tous les autres membres du personnel scolaire sont souvent confrontés aux gestes suicidaires de leurs élèves et, s'ils ont l'occasion d'en parler, ils vous diront qu'ils ont agi intuitivement, au meilleur de leurs connaissances, sans savoir si ce qu'ils faisaient était la «bonne chose à faire». La plupart vous parleront également des émotions qu'ils ont vécues: la peur, l'inconfort, l'impuissance, l'urgence d'agir, le sentiment d'être responsable, l'inquiétude, le questionnement, le besoin de réponses quant au «quoi faire». Ces enseignants et ces enseignantes ont été touchés par cette expression de souffrance intense.

Cette souffrance peut se traduire en idéation suicidaire, en tentative de suicide ou en suicide complété, c'est-à-dire une série de **comportements suicidaires**. Ainsi, tout au long de ce document, nous aborderons les comportements suicidaires comme un enchaînement de comportements se situant sur un continuum allant de l'idée du suicide au décès par suicide. Nous délaissons ainsi une définition dans laquelle les décès et les tentatives de suicide sont deux comportements différents, propres à des populations différentes, au profit d'une vision de continuum. Cette orientation est guidée principalement par le fait que plusieurs personnes décédées par suicide ont déjà fait une tentative de suicide et que la tentative de suicide est reconnue comme un facteur de risque important.

Plus spécifiquement, nous retenons les définitions suivantes, tirées d'un rapport du Comité de la santé mentale du Québec (1982):

- idéation suicidaire: expression d'une pensée suicidaire ou comportement qui peut être observé et au sujet duquel on est justifié de conclure à une intention possible de suicide sans l'accomplissement d'un geste;

- tentative de suicide: situation dans laquelle une personne a manifesté un comportement qui met en danger sa vie avec l'intention de causer sa propre mort ou de faire croire que telle est son intention;

- suicide complété: comprend tous les décès dans lesquels un acte délibéré, menaçant la vie et accompli par une personne contre elle-même, a effectivement causé la mort.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

Ces définitions servent de base à la plupart des études portant sur les comportements suicidaires. Cependant, elles laissent dans l'ombre et hors des chiffres officiels, une gamme de comportements plus subtils qui peuvent mettre la vie d'une personne en danger à plus ou moins long terme. Parmi ces comportements parasuicidaires, nous trouvons le refus de s'alimenter, la conduite automobile dangereuse, le fait de ne pas prendre une ordonnance médicale, etc. Ces comportements cachent un désir souvent inconscient de mort, un «jeu de roulette russe» avec la mort et, bien qu'on les retrouve chez les adolescents et les adolescentes, ils ne font pas partie des statistiques officielles, principalement à cause des problèmes méthodologiques associés à la définition des termes.

Les données officielles sur la prévalence du problème du suicide sont également sous-évaluées à cause de la sous-déclaration de plusieurs décès par suicide, classés comme accidents de la route ou autres accidents. Ainsi, on évalue que jusqu'à 25 % des décès par accident chez les jeunes peuvent être considérés comme des suicides déguisés. Cette sous-déclaration peut s'expliquer, en partie, par le fait que les coroners et les médecins hésitent, en certaines occasions, à déclarer le décès comme un suicide, spécialement quand la cause de la mort est douteuse. Malgré cette sous-déclaration, le problème du suicide montre une augmentation dramatique.

1.1 L'AMPLEUR DU PROBLÈME

Le phénomène n'est pas récent, mais il a pris de l'ampleur au cours des dernières années, et ce, particulièrement au Québec. En effet, les données comparant les taux observés pour l'ensemble des groupes-âges entre 1971 et 1986 pour le Québec, les autres provinces canadiennes et d'autres pays industrialisés (Annexe A-1), démontrent que les taux québécois ont augmenté sensiblement au cours des ans. Ils ont augmenté de 57 % pour les hommes et de 44 % chez les femmes, entre 1971 et 1986, ce qui constitue un fait unique. Le Québec est alors passé chez les hommes du 16^{e} rang au 7^{e} rang et chez les femmes du 18^{e} rang au 9^{e} rang. Il se rapproche ainsi de plus en plus des pays ayant les plus hauts taux de suicide.

Lorsqu'on étudie les données de plus près, en fonction des groupes-âges, les résultats sont encore plus révélateurs. Pour le groupe des 15-19 ans et celui des 20-24 ans, le Québec arrive au 1er rang quand on compare ses données à celles des autres pays (Annexe A-2). Il est également très près de la tête de liste lorsqu'on compare ses taux de suicide à ceux des autres provinces canadiennes, n'étant devancé en 1986 que par les provinces des Prairies (Annexe A-3).

Au Québec, le suicide se classe au 2^{e} rang des causes de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans, tout de suite derrière les accidents de véhicules à moteur. Pour le groupe des 25-29 ans, il s'agit même de la 1re cause de mortalité, expliquant 29,4 % de la mortalité observée pour ce groupe-âge (Annexe A-4).

Bien qu'inquiétantes, ces données ne reflètent toutefois pas l'ampleur du problème de suicide chez les jeunes. Pour chaque décès par suicide, on dénombre environ 200 tentatives de suicide chez les 15-24 ans (Tousignant, Hanigan et Bergeron, 1984). L'enquête Santé Québec montre que plus de 5 % des jeunes de 15 à 24 ans ont déjà fait une tentative de suicide dans leur vie. Ces résultats sont d'ailleurs confirmés par les conclusions d'une étude du Regroupement de départements de santé communautaire réalisée en mars 1990 qui indique qu'en moyenne 5,9 % des 15-24 ans auraient déjà fait une tentative de suicide. Lorsqu'on regarde les taux de tentatives de suicide durant douze mois, on remarque que 1,5 % des jeunes Québécois de 15 à

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

19 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide. Toutefois, ces jeunes ne sont pas tous connus par les intervenants et intervenantes. On estime qu'environ 30 % des jeunes qui font une tentative de suicide en parlent. Les autres gardent sous silence leur comportement, ayant peu confiance aux adultes et en leur possibilité de changer quelque chose à leur souffrance ou encore parce qu'ils désirent s'en sortir seuls. Enfin, une autre étude (Pronovost, 1990) effectuée auprès de 2 850 adolescents et adolescentes âgés de 12 à 18 ans, dans quatre écoles secondaires de la région de Trois-Rivières, confirmerait que 3,5 % de ces jeunes auraient fait des tentatives de suicide.

En ce qui concerne les idéations suicidaires, les résultats de l'enquête Santé Québec, menée auprès des jeunes âgés de 15 à 24 ans, indiquent que 15,9 % de ceux-ci ont déjà songé sérieusement à se suicider au cours de leur vie et 7,2 % dans les douze mois précédant l'étude. Cette observation est confirmée par les résultats de l'étude de Pronovost (1990) où l'on dénombre 15,4 % des jeunes avouant avoir déjà songé sérieusement au suicide. De plus, 30 % des jeunes qui ont déjà pensé à se suicider passent à l'acte dans les mois ou dans les années qui suivent. Par contre, ces données sont inférieures à celles que fournit la documentation où, pour les jeunes de 15 à 19 ans, on trouve des taux d'idéation de l'ordre de 20 % à 30 % (Tousignant, Hamel et Bastien, 1990), mais elles sont supérieures à celles que livre l'étude du Regroupement de départements de santé communautaire où 10,1 % des jeunes de 15 à 24 ans avouaient avoir des idées suicidaires. Du côté des moins de 15 ans, on remarque que les décès par suicide existent mais qu'ils sont peu fréquents. Par contre, certaines études en milieu scolaire primaire avancent que 8 % des jeunes ont déjà pensé à se suicider et que 3 % ont fait une tentative de suicide.

Somme toute, les données sur les comportements suicidaires nous tracent le portrait d'une jeunesse en état de souffrance. À la fin de son secondaire, près d'un jeune sur dix aura pensé sérieusement à se suicider, aura tenté de se suicider ou encore sera décédé par suicide. De plus, ce jeune n'est pas le seul touché. Il aura envoyé des messages plus ou moins subtils à ses amis, à des membres de sa famille, à des enseignants ou enseignantes de son école. C'est donc dire que les comportements suicidaires font partie de la réalité de nos écoles. Si l'on pense également que 8 % de ces jeunes suicidaires évaluent comme élevée la probabilité qu'ils se suicident dans l'avenir, on ne peut rester indifférent et passif: l'action préventive s'impose. Mais avant de dégager des pistes d'action, il importe d'essayer de comprendre, dans un premier temps, ce qu'est le suicide pour, ensuite, aborder les particularités associées au suicide chez les jeunes.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

2

VERS UNE COMPRÉHENSION DU SUICIDE

Que l'on soit touché par le problème du suicide, par la présence d'un comportement suicidaire dans notre entourage ou encore que l'on soit motivé par la volonté d'agir socialement, la question qui revient souvent est «Pourquoi». On cherche à comprendre afin de pouvoir ordonner et «saisir l'insaisissable», de façon à intégrer ce qui nous fait mal, ce qui nous dérange. Quelquefois, on veut trouver le ou les coupables. On désire également comprendre afin d'être en mesure de mieux intervenir et prévenir.

Aussi, pour faire face à ce qui est pour eux intangible, incompréhensible, insaisissable, les gens font appel à des mythes, à des préjugés et à des tabous profondément inscrits dans la mentalité populaire. À ce sujet, Morissette (1984) souligne:

> «[...] les mythes et les tabous entourant le phénomène du suicide ont une fonction sociale importante: protéger l'environnement contre les divers sentiments (culpabilité, agressivité, impuissance) suscités par le comportement suicidaire et fournir des explications sécurisantes.» (Morissette, 1984)

2.1 LES MYTHES QUI ENTOURENT LE SUICIDE

Les mythes les plus fréquents sont les suivants:

Ceux qui en parlent ne le font pas

Ce mythe sous-entend que lorsqu'une personne nous parle de son intention suicidaire, c'est que déjà elle va mieux et que si elle était vraiment décidée à mourir, elle n'en parlerait pas. Or, la réalité est tout autre: sur dix personnes qui se suicident, huit donnent des indices de leurs intentions et le message verbal, qu'il soit très clair ou plus subtil, est un élément de dépistage des plus importants.

Pour la personne suicidaire, en parler c'est peut-être la dernière tentative d'exprimer sa souffrance. Toute allusion au suicide ou encore à la mort doit être prise au sérieux.

Ceux qui se suicident sont vraiment décidés à mourir

Ce mythe nous laisse supposer que la personne suicidaire a choisi la mort, qu'elle a pesé le pour et le contre et a pris une décision rationnelle. Cela sous-entend qu'il y a peu de place pour une intervention et ravive le sentiment d'impuissance que ressent la personne qui est en présence de celui qui souffre.

En réalité, la personne suicidaire est ambivalente. Ce n'est pas la mort qui est recherchée mais la fin de la souffrance. Pour elle, il n'y a plus d'autres solutions, aucune autre issue. Ce n'est donc pas un choix, mais la seule solution qui reste. Par contre, l'ambivalence ne vient pas nier le sérieux de l'idéation; au contraire, une grande partie de l'intervention auprès d'une

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

personne suicidaire sera de comprendre cette ambivalence, de s'en servir pour trouver une solution porteuse d'espoir en un futur moins souffrant.

Le mythe du courage ou de la lâcheté

Vu de l'extérieur, le geste suicidaire peut, pour certains, être un signe de lâcheté et, pour d'autres, un signe de courage. Ce qualificatif que l'on donne est rarement celui que la personne suicidaire utiliserait. En fait, pour la personne suicidaire, il n'y a là ni courage, ni lâcheté puisqu'il n'y a pas d'autres choix possibles. Ce sont les autres qui posent le jugement, probablement en fonction de leurs propres limites et de leurs façons de faire face à un problème.

Le suicide se produit sans avertissement

Les gens, en général, connaissent et reconnaissent peu les signes précurseurs d'un comportement suicidaire. Or, le suicide est l'aboutissement d'un processus au cours duquel la personne donne des signes de sa détresse et de son intention suicidaire. Encore une fois, reconnaître rapidement ces signes et le processus suicidaire s'avère un élément déterminant pour prévenir le suicide.

Suicidaire un jour, suicidaire toujours

La personne suicidaire est une personne souffrante, en état de crise. On estime que pour la moitié des personnes suicidaires, cette crise sera ponctuelle, sans récidive et peut même être une occasion d'apprentissage importante.

Par contre, pour une certaine proportion de personnes suicidaires, on remarque un état de chronicité qui peut débuter au cours de l'enfance ou de l'adolescence, spécialement pour la population plus à risque.

Le mythe de l'hérédité et de la folie

Le suicide ne se transmet pas génétiquement ou par hérédité. La présence de plusieurs suicides dans une famille résulte de l'apprentissage social d'un moyen ou d'une façon de régler les problèmes. Pour la personne suicidaire elle-même dont un parent s'est suicidé, le mythe est souvent très fort et se traduit par «je vais finir comme ma mère... ou mon père...» C'est un héritage lourd à porter, surtout lorsqu'une personne est en processus suicidaire.

Quant à la folie, la place de la maladie mentale dans les comportements suicidaires ne fait pas l'unanimité. Bien que les personnes suicidaires soient malheureuses, déprimées, elles ne sont pas nécessairement atteintes d'une psychopathologie ou d'un trouble mental diagnostiqué. Ainsi, on estime que la moitié de la population suicidaire serait formée de personnes en crise situationnelle et que l'autre moitié comprendrait des suicidaires chroniques, comptant plusieurs tentatives de suicide dans leur passé. Une partie de cette dernière moitié a un diagnostic de maladie mentale, diagnostic parfois imprécis. Parmi les diagnostics les plus souvent rencontrés, on trouve la dépression majeure, les psychoses maniaco-dépressives, les troubles de la personnalité et les psychoses non organiques.

Sans nier la présence des troubles de santé mentale, il faut par ailleurs insister sur la place importante de la crise situationnelle dans le vécu d'une personne suicidaire et donc sur son caractère ponctuel permettant l'intervention.

Ce bref tour d'horizon des mythes et des préjugés que l'on retrouve dans la communauté montre que le suicide **«ce n'est pas toujours ce qu'on en pense»**.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

2.2 LES MODÈLES THÉORIQUES

Les chercheurs et chercheuses ainsi que les cliniciens et cliniciennes qui se penchent sur la question du suicide s'accordent pour dire qu'on ne peut expliquer les comportements suicidaires à partir d'un modèle théorique unique. Au contraire, chaque modèle devient plus riche s'il est complété par les autres. La conception du modèle théorique retenu est importante puisqu'elle oriente les interventions auprès de la population en difficulté. Par exemple, les concepteurs et conceptrices ayant une orientation sociale insisteront particulièrement sur des actions visant les facteurs sociaux alors que ceux et celles qui ont une orientation médicale ou psychiatrique travailleront sur des aspects différents. Cependant, les puristes sont peu nombreux et on reconnaît l'importance d'une approche plus large et globale.

Il y a près de cent ans, en 1897, Durkheim publiait un traité important sur le suicide et donnait le coup d'envoi aux théories **sociologiques**. À partir d'une étude basée sur les données statistiques des populations européennes, Durkheim remarque que chaque société et chacun de ses groupes sociaux se caractérise par un taux de suicide qui lui est propre. Selon lui, on ne peut donner comme explication au suicide des mobiles personnels ou encore ce qu'il appelle des «informations suspectes» comme des pertes d'argent ou des chagrins d'amour. Les taux de suicide sont le reflet de l'intégration sociale d'une personne ou d'un groupe de personnes dans une société donnée.

L'étude de ces taux de suicide l'amène à dégager quatre grands types de suicide qui caractérisent l'état moral d'une société: les suicides «égoïstes», «altruistes», «anomiques» et «fatalistes». Les suicides «égoïstes» et «altruistes» sont liés à l'intégration sociale: le suicide «égoïste» est le fait d'un individu peu intégré à son groupe social en raison d'une trop grande individualité alors que le suicide «altruiste» se reconnaît chez un individu trop intégré, qui ne tient pas compte de son individualité. Les suicides «anomiques» se retrouvent au sein d'une société trop permissive, sans régulation sociale ou dont les normes ont changé rapidement, alors que les suicides «fatalistes» se remarquent dans une société trop rigide.

Lorsqu'on tente d'appliquer ces modèles à notre société actuelle, les auteurs parlent d'une société «égoïste» et «anomique». Les caractéristiques de cette société sont la mobilité sociale, l'éclatement des valeurs tant sur le plan familial que religieux, les inégalités sociales, la venue des nouvelles ethnies, la course pour la performance, etc. Ce type de société produit un sentiment d'aliénation sociale, de perte de points de repère.

En ce qui concerne le suicide chez les jeunes, il semble que l'augmentation des comportements suicidaires puisse être attribuée, du moins en partie, aux changements importants qu'a connus notre société contemporaine depuis les cinquante dernières années.

Une autre donnée vient appuyer l'approche sociologique du problème du suicide: les études de cohortes d'âge. Ces études établissent des cohortes d'âge de cinq ans et analysent les taux de suicide de chacune d'elles à mesure qu'elle vieillit:

> «Les données de ces études réalisées en Alberta semblent indiquer que l'incidence croissante du suicide est cumulative. Cela signifie [...] une augmentation qui est par la suite présente pendant toute la vie.» (Santé et Bien-être social Canada, 1987)

Somme toute, les théories sociologiques ne sont pas à rejeter et ont leur place dans une compréhension du problème du suicide. Ainsi, elles nous informent sur les groupes susceptibles d'être plus vulnérables tels les jeunes, les

personnes âgées, les personnes socialement isolées. Cependant, ces théories nous renseignent peu sur l'aspect phénoménologique, sur ce que vit une personne suicidaire. Elles gagnent donc à être complétées par d'autres approches.

Les théories **psychiatriques** conçoivent les comportements suicidaires comme un symptôme d'une pathologie importante comme certains types de dépression ou encore les états de psychose ou de carence affective. S'inscrivant au sein d'un problème de santé mentale, le clinicien ou la clinicienne s'intéressera à la pathologie, en diagnostiquera les causes et proposera un traitement conséquent.

Les théories **psychologiques et psychodynamiques** portent principalement sur la dynamique interne de l'individu. Freud, en 1910, parle du suicide comme d'un processus lié au deuil et à la mélancolie par lequel, à la suite de l'introjection d'un objet d'amour et de haine (habituellement un parent), survient un désir de mort de cet objet; la destruction de cet objet se traduit par une agressivité retournée contre soi. Plus tard, vers 1920, Freud introduira la notion d'instinct de vie et de mort. Ceci amènera Menninger (1938) à élaborer sa théorie à partir du concept d'instinct de mort. Selon lui, le suicide est le dénouement d'un conflit entre l'instinct de vie et l'instinct de mort. Ce dénouement peut prendre trois formes: le désir de tuer (à la suite de l'introjection d'un objet d'amour et de haine), le désir d'être tué (à la suite de la culpabilité engendrée par ce désir de tuer), et le désir de mourir pour retourner à la vie intra-utérine.

Ces postulats de base ont été repris par plusieurs; ils sont riches en ce qui a trait à la dynamique psychique d'un individu, mais peuvent rétrécir le champ de la compréhension du suicide s'ils ne tiennent pas compte de l'ensemble des éléments à considérer. Une approche plus globale, plus intégrante de ces deux modèles théoriques est à privilégier; c'est ce que nous appellerons l'approche **psychosociale**.

Les modèles **psychosociaux** intègrent les aspects sociaux et psychiques dans la compréhension du suicide. Ainsi, Baechler (1975) propose une théorie stratégique et stipule qu'une personne se suicide pour résoudre un problème existentiel, problème qui touche l'ensemble de sa situation. Pour la personne, **le suicide est la seule solution** puisqu'elle ne connaît pas de solutions autres ou encore parce que celles qu'elle a déjà utilisées se sont soldées par des échecs. L'auteur présente une étiologie multicausale, où les facteurs sont en interrelation constante. Ces facteurs sont de plusieurs ordres, mais le plus important semble être le contexte familial. Les autres facteurs influencent dans la mesure où leur présence induit des modifications massives et brutales, restreignant les possibilités de solution. La notion de mouvement, de système dynamique et d'interaction est essentielle et, dans ce cadre, le suicide devient une réponse à une situation perçue comme sans issue possible, dans un environnement particulier et dans une période de temps donnée. Nous rejoignons ici les situations de crise et, plus spécifiquement, la crise suicidaire.

2.3 LE CONCEPT DE CRISE

Depuis plusieurs années, le concept de situation de crise a pris une place importante dans la compréhension de la détresse humaine et des comportements suicidaires. L'introduction du concept de crise dérive d'une vision de la psychiatrie communautaire et du refus de situer les comportements humains qui expriment de la souffrance comme une manifestation d'une pathologie mentale.

La crise, selon Caplan (1964) cité dans Aguilera et Messik (1976) est présente:

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

«[...] lorsqu'une personne rencontre un obstacle à des objectifs importants de la vie, obstacle qui est pour un certain temps insurmontable par le recours aux mécanismes ordinaires de solutions de problèmes. Une période de désorganisation s'ensuit, une période de trouble pendant laquelle cette personne tente à maintes reprises, sans succès, d'arriver à une solution.» (Aguilera et Messik, 1976)

Selon le principe d'homéostasie, toute personne essaie de maintenir un état d'équilibre dans sa vie. Lorsqu'un événement vient briser ce système d'équilibre, elle veut retrouver son état antérieur, en utilisant plusieurs stratégies d'adaptation. Chaque personne a appris, avec le temps, à traverser des situations difficiles et a mis au point une gamme personnelle de stratégies. En situation de crise, ces stratégies s'avèrent déficientes et ne ramènent pas l'équilibre, ce qui provoque un état de tension, une désorganisation et un stress importants. La personne en crise tentera alors de trouver de nouvelles solutions et stratégies d'adaptation. Ces solutions peuvent s'avérer bénéfiques et permettre à la personne d'acquérir de nouveaux mécanismes. On parlera alors de résolution de la crise et, en certains cas, d'une résolution positive et d'une occasion d'apprentissage et de croissance personnelle.

Par contre, il arrive que des essais répétés de solution se soldent par des échecs. Déjà en situation de souffrance, la personne se sent de plus en plus en perte de contrôle; elle passe alors à une phase aiguë de tension. Durant cette phase, des signes de perturbation se manifestent, tant sur le plan physique que psychique. La personne perd tout intérêt à ce qui l'entoure, elle peut s'isoler, montrer des signes de confusion, de perte de mémoire, etc. En même temps, plus la situation perdure, plus la souffrance est importante, et moins la personne trouve de solutions. Cette phase aiguë ne peut être tolérée longtemps et la personne cherchera par tous les moyens à diminuer la souffrance, la tension et l'anxiété.

Pour résoudre sa crise, elle peut prendre alors la voie de la psychosomatisation, de l'alcoolisme, de la toxicomanie, des antidépresseurs, etc. Tout moyen propre à engourdir la souffrance à court terme peut être utilisé. Cette résolution de crise est précaire et on peut s'attendre à ce que la personne retombe en crise à la prochaine situation un peu difficile. Finalement, si rien n'apporte un soulagement, la personne envisagera le suicide comme la solution unique pour mettre fin à sa souffrance. On parlera alors d'une crise suicidaire.

2.4 LA CRISE SUICIDAIRE

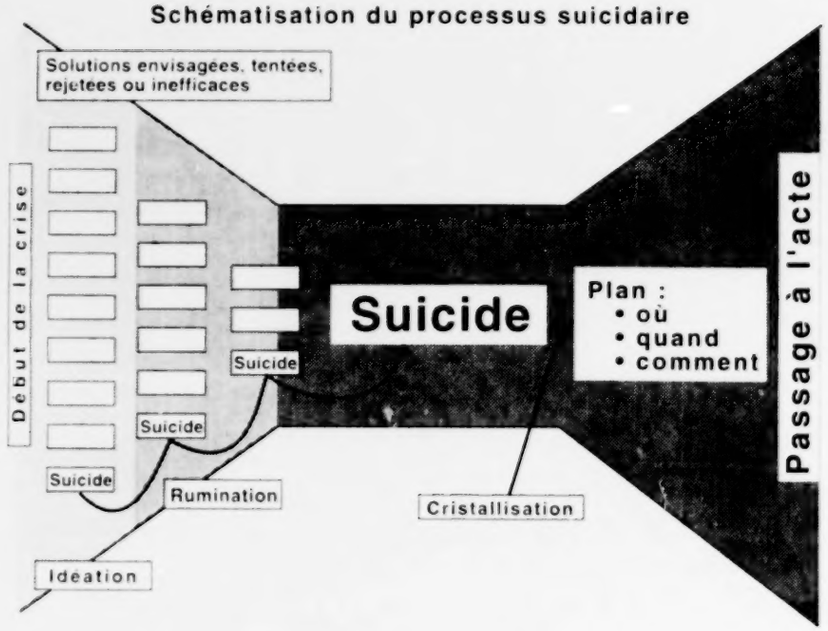
La crise suicidaire est généralement le fruit d'un processus suicidaire. Au cours de ce processus, l'idée du suicide prend de plus en plus de place pour devenir la seule solution qui reste. Le point important à retenir, c'est que ce n'est pas la mort qui est recherchée mais la fin de la souffrance. Tout au long de ce processus, l'ambivalence est présente et si quelqu'un est là, écoute et offre une solution de rechange, le processus suicidaire est freiné. La figure 1 illustre ce processus.

De façon générale, le processus suicidaire comprend cinq grandes étapes: l'idéation, la rumination, la cristallisation, la planification et le passage à l'acte. Au point de départ, rappelons que la personne en crise cherche des solutions à une situation difficile et souffrante. Parmi ces solutions, se trouve en filigrane un besoin de fuir la douleur qui peut se traduire par des réflexions telles: «J'aimerais dormir et me réveiller quand tout cela sera fini... J'aimerais être loin d'ici...». À l'étape de l'idéation, le suicide traverse l'esprit comme un éclair: «J'aimerais être six pieds sous terre... Je serais mieux mort...». Cette idée du «ne plus être là, à souffrir» peut disparaître et réapparaître un peu plus tard.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

FIGURE 1

Schématisation du processus suicidaire



Source: Phaneuf, J. et M. Séguin (1987).

Puis, à travers l'élimination des solutions tentées sans succès, le suicide revient avec plus de force et fait partie de la gamme des solutions qui restent. On parle ici de l'étape de la **rumination**, étape au cours de laquelle la personne jongle avec l'idée du suicide. Il est important de souligner à quel point cette étape est difficile pour la personne. Celle-ci se demande si elle n'est pas en train de devenir folle et, de se voir penser au suicide augmente encore plus son désespoir et sape le peu d'énergie qui lui reste.

À l'étape de la cristallisation, la personne en crise considère le suicide comme l'ultime solution à sa souffrance. Le problème devient alors le geste suicidaire et sa mise en oeuvre; la personne prépare son plan, écrit des lettres d'adieu, règle ses affaires. La planification porte sur le «où», le «quand» et le «comment». À cette étape, les personnes suicidaires peuvent montrer à leur entourage une image de calme et de sérénité; cette image est compréhensible puisque bientôt il n'y aura plus de souffrance, la solution est là. Ces personnes sont souvent coupées de leurs émotions et s'isolent encore plus des autres.

Bien que comprenant des étapes séquentielles, le processus suicidaire peut différer en durée et le passage à l'acte peut être précipité par un élément déclencheur qui, de l'extérieur, peut sembler sans grande importance. Cependant, pour la personne suicidaire, c'est souvent «ce qui fait déborder le vase».

Par ailleurs, il faut insister sur l'ambivalence, sur toutes les possibilités de freiner ce processus et d'ouvrir la porte à l'espoir, à une vie moins souffrante. C'est à partir de cette ambivalence et de l'espoir que nous pouvons aider, soutenir la personne en crise et prévenir le suicide.

2.5 LE SUICIDE DES JEUNES

Lorsqu'on parle du suicide chez les jeunes, il est souvent question de la crise de l'adolescence et de ses manifestations. Mais en fait, qu'en est-il?

L'adolescence peut se définir comme une période de croissance sur le plan biologique, psychologique et social, située dans un contexte socio-économique et culturel particulier. L'adolescence se caractérise par des changements majeurs auxquels les jeunes ne sont pas nécessairement bien préparés. De plus, leurs stratégies d'adaptation sont moins nombreuses étant donné leur courte expérience de vie. Ils ont plusieurs tâches à remplir et chacune de ces tâches peut devenir un obstacle perçu comme insurmontable ou extrêmement difficile. À ce titre, on peut donc considérer l'adolescence comme une crise majeure de développement.

La tâche primordiale propre à l'adolescence consiste en ce qu'Érikson appelle la séparation/individuation, c'est-à-dire se séparer de l'enfance pour acquérir son individualité. Brièvement, il s'agit de s'affranchir de la dépendance affective de l'enfance, de trouver des moyens pour accéder à l'indépendance économique (choix d'un métier, poursuite d'une scolarisation), de parfaire le développement psychosexuel et d'en assumer les choix et, finalement, d'acquérir la compétence, la maturité et l'autonomie. C'est énorme pour une période de temps relativement courte.

Par ailleurs, le contexte culturel actuel est différent de celui des années 1950, 1960 ou 1970. Une des premières différences socioculturelles se remarque dans le phénomène de groupe. Dans les années 1970, les jeunes formaient un groupe assez homogène, actif et solidaire. Les années 1980 ont, par contre, été marquées par de nombreux sous-groupes de jeunes, plus isolés, plus individualistes. Il faut également souligner la dimension et le côté impersonnel des polyvalentes au sein desquelles il est difficile de créer un sentiment d'appartenance, ce qui renforce l'isolement. Cet individualisme est, en plus, favorisé par une compétition presque féroce et une course vers la performance scolaire. Nous avons maintenant moins d'enfants, mais ceux que nous avons doivent être les meilleurs.

De plus, la génération des années 1980 est celle des pertes: séparation familiale, suicide d'un ami, monde qui se détériore, pour n'en nommer que quelques-unes. Le message que la société véhicule est celui d'un avenir sans débouché, sans perspective d'emplois. Cette société en ébullition, en bouleversement, n'offre pas un modèle reconnu de règles et de fonctionnements. De nouveaux modèles sont à inventer, surtout sur le plan de la famille. Ces modèles tiendront compte des gardes partagées, des familles reconstituées, du deuxième ou troisième conjoint du parent, etc. Cette période de transition vers d'autres modèles est insécurisante et ne facilite certainement pas cette période d'adaptation qu'est l'adolescence.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

2.6 LE SUICIDE CHEZ LES JEUNES ENFANTS

Peu d'études se sont arrêtées aux comportements suicidaires chez les enfants. Mais, contrairement à ce qu'on pourrait penser, on observe chez des enfants de 6, 7 ou 8 ans une recherche consciente de la mort, donc du suicide. C'est donc dire que le concept de mort existe assez tôt dans l'enfance.

Les comportements suicidaires chez les enfants se retrouvent plus chez les garçons que chez les filles, dans une proportion de trois pour un; cette proportion est également observée en pédopsychiatrie.

On constate, pour ce groupe d'âge, à peu près les mêmes variables que pour leurs aînés: problèmes émotifs sévères, difficultés familiales et carences affectives.

Des études cliniques menées auprès de jeunes enfants suicidaires établissent certaines motivations particulières à ce groupe d'âge. D'abord, on observe chez plusieurs enfants le désir de mourir pour rejoindre un être cher disparu, surtout un parent décédé. Chez d'autres enfants, se suicider c'est se venger de l'adulte en le faisant pleurer, c'est le fantasme du salon mortuaire où tout le monde pleure autour du cercueil. Finalement, pour plusieurs, c'est en finir avec une souffrance intolérable, c'est réparer, par le suicide, ses conditions de vie, son corps malade. (Lemay, 1989)

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

3

LE SUICIDE, ÇA SE DÉPISTE

Le dépistage est un outil important tant en prévention qu'en intervention. Le dépistage nous aide à reconnaître les jeunes les plus vulnérables, par le repérage des facteurs associés au problème du suicide chez les jeunes. Ainsi, cette connaissance de la problématique nous permet de mettre en place des stratégies de prévention pour ces jeunes plus vulnérables. Il est à noter que les facteurs associés au suicide chez les jeunes se retrouvent également dans l'étiologie d'autres problèmes tels la violence, l'alcoolisme, la toxicomanie, la délinquance, la prostitution. C'est souvent après avoir vécu ces problèmes ou encore en concomitance avec eux, que le suicide survient dans la vie du jeune.

Le dépistage vise également le repérage précoce des jeunes qui sont en situation de crise suicidaire. La connaissance et la reconnaissance des signes précurseurs permettent au personnel scolaire d'intervenir rapidement, de freiner le processus suicidaire et d'ouvrir la gamme des autres solutions.

3.1 LES FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE DES JEUNES

On ne peut expliquer le suicide des jeunes par une cause unique. Par contre, certaines conditions de vie peuvent rendre une personne plus vulnérable qu'une autre à l'occasion d'une situation de crise et d'autres conditions peuvent précipiter ou déclencher une crise importante. Il importe toutefois d'aborder les facteurs de vulnérabilité et les facteurs précipitants, en gardant à l'esprit l'importance d'un modèle global. Le tableau 1 schématise les multiples facteurs associés aux comportements suicidaires, ceux-ci sont par la suite présentés.

3.1.1 Les facteurs de vulnérabilité

Les facteurs de vulnérabilité sont ceux qui prédisposent un jeune ou une jeune à une certaine vulnérabilité. Ces facteurs s'affirment avec le temps. Parmi eux, on trouve: les variables familiales, la santé physique, l'état psychologique et les facteurs personnels, l'intégration sociale ainsi que les difficultés scolaires.

- *Les variables familiales*

La famille est le premier milieu d'épanouissement pour le jeune enfant; ce milieu influence et forge ses capacités à aimer et à être aimé, son estime de soi, ses compétences sociales. Aussi, tout ce qui touche aux parents a un effet sur la vie familiale. Parmi les facteurs parentaux établis, on trouve l'alcoolisme et la toxicomanie d'un parent, les psychopathologies parentales, les antécédents suicidaires dans la famille. De plus, plusieurs études ont noté un climat d'agressivité au sein des familles des jeunes suicidaires. On parle de la violence physique envers les enfants, de l'inceste, de la violence conjugale, des placements répétitifs en famille d'accueil suivis de courtes reprises par la famille biologique. Ces situations laissent sous-entendre que le jeune suicidaire a connu une enfance souvent marquée par le vide, l'absence, le manque affectif.

TABLEAU 1

FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE DES JEUNES

FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

Le milieu

- Les guerres
- La pollution
- La pauvreté
- La grosseur et l'anonymat des écoles secondaires
- L'isolement et l'anonymat
- L'éclatement des valeurs familiales et religieuses
- Le chômage
- L'avenir incertain
- La compétition
- L'individualisme

La famille

- Un suicide dans la famille
- L'alcoolisme ou la toxicomanie des parents
- La négligence parentale
- Les abus, l'agressivité et la violence physique
- Le viol, l'inceste et les agressions sexuelles
- Les placements répétitifs en famille d'accueil
- Le décès d'un parent
- La séparation, le divorce, les conflits familiaux, les querelles entre parents

Le jeune

- Les problèmes de santé physique, les handicaps physiques, l'obésité, etc.
- La faible estime de soi, le désespoir, l'état dépressif
- Les difficultés d'apprentissage ou de sociabilisation
- L'alcoolisme, la toxicomanie
- Les difficultés à résoudre les problèmes

FACTEURS PRÉCIPITANTS

- Rupture amoureuse
- Rejet d'un groupe d'amis
- Crise disciplinaire
- Échec scolaire
- Querelle familiale
- Problèmes avec la justice
- Pertes d'emploi, chômage
- Agression sexuelle, viol, avortement
- Deuils et autres pertes

TABLEAU 1

FACTEURS ASSOCIÉS AU SUICIDE DES JEUNES

FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

Le milieu

- Les guerres
- La pollution
- La pauvreté
- La grosseur et l'anonymat des écoles secondaires
- L'isolement et l'anonymat
- L'éclatement des valeurs familiales et religieuses
- Le chômage
- L'avenir incertain
- La compétition
- L'individualisme

La famille

- Un suicide dans la famille
- L'alcoolisme ou la toxicomanie des parents
- La négligence parentale
- Les abus, l'agressivité et la violence physique
- Le viol, l'inceste et les agressions sexuelles
- Les placements répétitifs en famille d'accueil
- Le décès d'un parent
- La séparation, le divorce, les conflits familiaux, les querelles entre parents

Le jeune

- Les problèmes de santé physique, les handicaps physiques, l'obésité, etc.
- La faible estime de soi, le désespoir, l'état dépressif
- Les difficultés d'apprentissage ou de sociabilisation
- L'alcoolisme, la toxicomanie
- Les difficultés à résoudre les problèmes

FACTEURS PRÉCIPITANTS

- Rupture amoureuse
- Rejet d'un groupe d'amis
- Crise disciplinaire
- Échec scolaire
- Querelle familiale
- Problèmes avec la justice
- Pertes d'emploi, chômage
- Agression sexuelle, viol, avortement
- Deuils et autres pertes

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

«L'adolescent se sent "de trop". Il nous dit spontanément que son problème a commencé avec sa naissance. Il perçoit un désir parental, conscient ou inconscient, de se débarrasser de lui.» (Caglar et autres, 1989)

Une autre dimension souvent citée dans la documentation est celle de l'éclatement familial (séparation ou divorce) ou encore la mort d'un parent. Cependant, il semble que le climat familial et le type de relation soient plus importants que la séparation comme telle.

Ainsi, les conflits familiaux, que ce soit entre les deux parents ou entre le jeune et le parent, sont souvent présents chez les jeunes suicidaires. De plus, on observe un bris dans la communication familiale, provoquant un isolement encore plus grand. Dans une situation de rupture familiale, ces familles semblent incapables de faire face à la crise suscitée et de rétablir une certaine stabilité par la suite. Souvent, eux-mêmes meurtris, les parents délaissent quelquefois leurs adolescents, les privant d'un soutien important. Par ailleurs, la rupture familiale s'accompagne de nombreux changements, que ce soit l'arrivée des nouveaux conjoints des parents, de leurs enfants, le partage de la garde physique, incluant des déménagements, la perte du réseau social, une diminution des revenus familiaux.

- *La santé physique*

L'état de santé physique est aussi un facteur prédisposant remarqué chez les jeunes suicidaires. Les problèmes de santé les plus fréquents sont les déficiences physiques, les problèmes rénaux (dialyse et transplantation), le diabète et l'épilepsie. Dans une période où le jeune cherche à s'intégrer, à s'identifier à un groupe, à parfaire son développement sexuel, ces problèmes de santé le placent en marge de ses camarades, augmentent son isolement et influencent son estime et son image de soi.

- *L'état psychologique et les facteurs personnels*

Les principaux états émotifs associés aux comportements suicidaires des adolescents sont: l'état dépressif, le désespoir et la faible estime personnelle.

La relation entre l'état dépressif et les comportements suicidaires a fait l'objet de plusieurs recherches. Certains auteurs soutiennent que la dépression est la caractéristique majeure des adolescents et des adolescentes suicidaires. Par contre, «il ne faut pas pourtant confondre la présence de ces symptômes dépressifs avec la présence de maladies psychiatriques. En général, ces adolescents ne souffrent d'aucune maladie mentale.» (Caglar et autres, 1989). Il semble que le désespoir s'avère encore plus déterminant comme facteur de prédiction. C'est cette évaluation complètement négative du futur qui discrimine les jeunes suicidaires, même pour les adolescents et les adolescentes qui sont vus en psychiatrie depuis leur enfance.

Quant à l'estime de soi, on remarque que les jeunes suicidaires se considèrent comme sans valeur, bons à rien, incapables de réussir ce qu'ils entreprennent. Cette image de soi négative est souvent la conséquence d'une enfance difficile et d'échecs répétés.

Certains autres déficits sont notés chez les jeunes suicidaires. Par exemple, plusieurs études montrent que les jeunes suicidaires ont des stratégies de résolution de problèmes moins adéquates que les autres jeunes. Ils ont de la difficulté à concevoir une gamme étendue de solutions pour un problème, se montrent moins créatifs, plus rigides et évaluent souvent les conséquences possibles de leurs solutions de façon plus négative, ce qui limite leur intérêt à chercher de nouvelles réponses.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

L'impulsivité est souvent reconnue comme une caractéristique de la personnalité du jeune suicidaire. Peu d'études se sont arrêtées sur le lien entre l'impulsivité et le geste suicidaire. Toutefois, il semble que ce qui est impulsif, c'est le passage à l'acte et non l'état de souffrance; même si le geste est rapide, l'idée suicidaire peut être présente depuis assez longtemps.

- *L'intégration sociale*

Un des aspects intéressants de la socialisation des jeunes est l'entraide qui se construit entre eux, le soutien qu'ils peuvent s'apporter. Ainsi, le soutien des camarades est efficace pour gérer les problèmes quotidiens alors que pour les situations de crise, le soutien familial semble plus souhaitable.

Or, plusieurs études affirment que le jeune suicidaire entretient peu de relations positives avec ses camarades. Ainsi, certaines études se sont penchées sur l'aspect qualitatif des relations sociales et montrent que les adolescents et les adolescentes suicidaires éprouvent de la difficulté à établir et à maintenir des relations positives d'intimité avec leurs amis. D'autres études ont analysé l'étendue du réseau social des adolescents et des adolescentes suicidaires et signalent que les jeunes suicidaires sont isolés, souvent seuls, tant au sein de leur famille que parmi les jeunes qui les entourent. Finalement, soulignons la distinction entre l'isolement social et l'isolement affectif. «Les jeunes ne sont pas nécessairement seuls, mais ils se sentent seuls.» (Hanigan et autres, 1986)

- *Les difficultés scolaires*

Les difficultés d'apprentissage et les échecs scolaires sont fréquents dans la vie du jeune suicidaire. Ces difficultés scolaires peuvent être présentes depuis longtemps, conséquence d'un climat familial difficile, de problèmes affectifs et relationnels. Par contre, dans certaines familles, la performance scolaire fait partie des attentes parentales auxquelles le jeune tente désespérément de répondre. Dans ce contexte, l'échec scolaire devient un facteur précipitant d'importance.

3.1.2 Les facteurs précipitants

Tout événement difficile peut être un facteur précipitant. Cependant, certains facteurs se remarquent plus souvent. Les jeunes suicidaires interrogés après leur tentative de suicide relatent les facteurs suivants: une rupture amoureuse, le rejet d'un groupe d'amis, l'échec à un examen, une crise disciplinaire importante à l'école. Les conflits familiaux sont souvent nommés, principalement le retrait de privilège (ex.: privation de sortie, de jeux...) et l'agression physique.

Les situations stressantes sont également présentes dans la vie du jeune suicidaire. Une grossesse non désirée, des déménagements répétitifs, la perte d'un emploi occasionnel sont autant d'événements difficiles à vivre, spécialement pour un jeune déjà aux prises avec des difficultés familiales et un réseau social limité. À cette liste, il faut ajouter les deuils et les pertes, que ce soit la mort d'une personne significative, le suicide d'un ami, etc.

Bien que tous les jeunes puissent vivre ces situations difficiles, ce qui caractérise plus particulièrement le jeune suicidaire, c'est qu'il en vit un plus grand nombre que les autres jeunes et ce, pour la même période de temps.

En terminant, nous présentons le modèle de Jacobs et Teicher (1966) qui tentent d'expliquer le suicide adolescent. Ces auteurs mentionnent que la vie de l'adolescent ou de l'adolescente suicidaire se comprend à travers un processus menant au suicide qui débute dans les premières années de l'adolescence et qui se démarque par un isolement social progressif. D'après ces auteurs, les jeunes suicidaires ont vécu ce processus en trois étapes.

Deux aspects sont importants dans ce processus: l'ordre séquentiel des événements vécus par la personne et la perception qu'a la personne de ces événements, d'une part, et les stratégies d'adaptation que celle-ci a employées, d'autre part. Cet isolement social ne provient pas d'un événement isolé mais bien plus d'une suite d'événements, d'un amoncellement de problèmes qui amènent la personne à une aliénation. Les trois étapes de ce processus sont: une longue histoire de problèmes, une phase d'escalade et une phase finale.

1) Une longue histoire de problèmes

Dès son enfance, l'adolescent expérimente de multiples situations conflictuelles (ex.: alcoolisme des parents, déménagements fréquents, placements répétitifs, séparation, etc.). Ces situations isolent graduellement le jeune et l'empêchent d'avoir accès à d'autres sources de solution.

2) Une phase d'escalade

Déjà isolé, le jeune adopte, au début de son adolescence, différentes stratégies: agressivité, rébellion, délinquance, somatisation, retrait, fugue de la maison. Les conflits familiaux augmentent et s'ensuit une escalade de frustrations, un bris de la communication familiale. Les événements précipitants vont venir intensifier le sentiment d'impuissance, de solitude et de désespoir jusqu'à la phase finale.

3) Une phase finale

Durant la phase finale, dans les semaines ou les mois précédant l'acte suicidaire, on assiste à une dissolution de toutes les relations significatives. L'adolescent a maintenant une attitude défaitiste et se décrit comme «pas chanceux»; il a essayé différentes stratégies sans succès et tout semble lui arriver sans qu'il ne puisse contrôler quoi que ce soit.

Isolé de sa famille, il va tenter d'établir une relation significative par le biais d'une relation amoureuse ou d'une amitié intense. Il délaisse ainsi le peu du réseau social qui lui restait. Tout rejet ou rupture est vécu sur un mode dramatique et la seule solution possible à une vie de solitude chronique est alors le suicide.

Cet adolescent, confronté à une série d'événements difficiles, acquiert un sentiment profond d'incompétence et de désespoir. On peut alors considérer le suicide de l'adolescent comme l'ultime stratégie pour contrôler une vie évaluée comme vide et sans espoir.

3.2 LES SIGNES PRÉCURSEURS

Comme il a été déjà mentionné, la personne suicidaire donne des indices et des signes de sa souffrance. Quelquefois, pour l'entourage, c'est comme une clochette d'alarme qui résonne. On se dit «il ne file pas... ça n'a pas l'air d'aller... je m'inquiète...». En d'autres occasions, l'entourage ne reconnaît pas ces signes, soit parce qu'il ne les connaît pas, soit parce que les reconnaître suscite plusieurs émotions contradictoires.

Les signes précurseurs peuvent être de plusieurs ordres: messages verbaux, indices comportementaux, indices émotifs.

3.2.1 Les messages verbaux

Les messages verbaux peuvent être très clairs (directs) ou plus subtils (indirects):

- *Messages verbaux directs*
  - je vais me tuer...
  - je veux mourir...
  - je n'ai plus le goût de vivre...
  - j'ai tout ce qu'il faut pour le faire...
  - etc.

- *Messages verbaux indirects*

  - bientôt, vous allez avoir la paix...
  - des fois, j'aimerais mieux être mort...
  - inquiétez-vous pas, je vais débarrasser le plancher...
  - etc.

3.2.2 Les indices comportementaux

- Changements radicaux dans l'attitude, dans les comportements.
- Dons d'objets significatifs pour la personne.
- Diminution de la performance scolaire.
- Retrait, isolement des amis.
- Ordre dans les affaires: écrire à des amis pour régler une querelle, faire son testament, etc.
- Changements dans les habitudes alin.entaires (manger plus ou moins) et dans le sommeil (insomnie ou sommeil prolongé).
- Acquisition des moyens: achat d'une arme à feu, de corde, accumulation de médicaments, etc.
- Consommation inhabituelle de drogues, d'alcool, de médicaments.
- Changements dans la tenue vestimentaire, dans l'hygiène personnelle.

3.2.3 Les indices émotifs

- Désintérêt, perte du plaisir, du désir.
- Pleurs, tristesse, apathie, découragement.
- Incohérence, confusion dans le langage.
- Brusques changements dans l'humeur, agressivité.
- Émotions contradictoires et changeantes: rires suivis de pleurs, de colère.

Ces signes sont l'expression d'un état de souffrance et de détresse. Ils sont également présents dans le processus suicidaire. Il importe donc de les reconnaître et d'intervenir.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

4

LA PRÉVENTION DU SUICIDE

La prévention du suicide peut être l'objet de la mise en oeuvre de programmes de prévention dans divers milieux. Cependant, prévenir le suicide, c'est d'abord et avant tout découvrir ce que chacun de nous peut faire dans son milieu, auprès des membres de sa famille, de ses amis, ses collègues, ses élèves. Cette responsabilité collective et partagée par tous les membres du réseau de la personne suicidaire est le premier pas vers une prévention des comportements suicidaires.

4.1 L'INTERVENTION INDIVIDUELLE AUPRÈS DE LA PERSONNE SUICIDAIRE

«Intervenir auprès de personnes suicidaires soulève un ensemble d'émotions et de craintes et souvent aussi un sentiment d'impuissance. Cette problématique particulière qu'est le suicide nous confronte comme personne à notre propre existence et à notre conception de la vie ou de la mort.» (Phaneuf et Séguin, 1987)

Cette citation montre bien le caractère émotif de l'intervention auprès d'une personne en crise suicidaire. Ces émotions, souvent contradictoires, se retrouvent aussi chez le personnel scolaire et soulèvent la question «**Qui a la compétence pour intervenir?**».

Lorsqu'on rencontre des groupes d'intervenants scolaires, on entend plusieurs réflexions et commentaires à ce sujet. Ainsi, des enseignants et des enseignantes diront qu'intervenir auprès d'un adolescent ou d'une adolescente suicidaire, c'est l'affaire du psychologue scolaire, des personnes-ressources du CLSC, ou encore que cela relève de services spécialisés, que les enseignants et les enseignantes ne sont pas des thérapeutes et que ce n'est pas leur rôle. Ces commentaires montrent tout l'inconfort et les craintes du personnel enseignant à l'égard de ce jeune en difficulté. Parmi les autres commentaires des enseignants et des enseignantes, on trouve également un déni ou une méconnaissance de l'ampleur de la situation : «Y en a-t-il vraiment tant que cela?».

Caglar souligne que les principales émotions ressenties par les enseignants et les enseignantes sont la panique, la peur ou l'angoisse (65,6 %) et un sentiment d'incapacité et d'impuissance (53,1 %) (Caglar et autres, 1989). Selon cette auteure, ces réactions se traduisent en modes défensifs. Pour se protéger contre l'angoisse, les enseignants et les enseignantes élaborent des mécanismes de défense; citons la négation du problème, la rationalisation, la minimisation (non il n'est pas suicidaire, seulement un peu fatigué), la banalisation (ça va s'arranger, tous les jeunes le disent un jour ou l'autre) et la défection (lorsqu'il me l'a dit, je n'ai rien fait, je n'ai pas répondu).

Mais d'où vient cette angoisse? Le suicide ou la verbalisation suicidaire d'un élève nous

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

confronte à la mort et nous rappelle que nous aussi, sommes mortels. De plus, l'adulte souhaite considérer la jeunesse comme une période de joie de vivre et de beauté et l'adolescent suicidaire vient défaire cette image, ce qui amène l'adulte à se sentir trompé, joué et manipulé par le jeune suicidaire. De plus, la souffrance qu'exprime le jeune suicidaire fait naître une forme de culpabilité; celle de ne pas aimer assez, de ne pas donner assez.

Ces émotions et ces craintes exprimées par les enseignants et les enseignantes doivent d'abord être reconnues et respectées. Cependant, il faut souligner qu'intervenir auprès d'un jeune suicidaire, c'est d'abord et avant tout entendre sa souffrance, être là avec lui et lui montrer notre intérêt, notre présence. Contrairement à ce que l'on pense, cette intervention peut être menée par l'entourage du jeune, par la collaboration des personnes qui sont autour de lui. Il arrive aussi que des ressources plus spécialisées doivent être consultées et mises à contribution dans l'aide à apporter. C'est une question d'intensité et de gravité de la situation.

Ainsi, si l'enseignant ou l'enseignante se sent trop paniqué ou encore trop incompétent, son rôle peut se limiter à reconnaître la souffrance du jeune, à lui témoigner sa présence et à l'accompagner vers une autre ressource. Ce rôle de liaison est à la portée de tous et s'avère un élément crucial pour venir en aide aux jeunes qui souffrent. D'autres peuvent aller plus loin et faire le tour de la situation avec le jeune. Quel que soit le chemin retenu, la simple écoute est déjà un grand pas en avant car, au risque de se répéter, la personne suicidaire se trouve dans une période de crise, dans un état de souffrance et de détresse.

> «Il faut être en mesure d'épauler la personne suicidaire lorsqu'on aborde avec elle la question du suicide. S'il nous est difficile pour de multiples raisons de le faire ou d'assumer le leadership de l'aide, il est important d'accompagner la personne suicidaire vers une ressource qui sera en mesure de la supporter à plus long terme que nous.» (Phaneuf et Séguin, 1987)

Ainsi, la **première étape** de l'intervention consiste à **reconnaître ces signes**, à ne pas les nier ou encore se dire que ce n'est «peut-être» pas ça! Devant le moindre doute, il convient d'aborder la personne suicidaire et de faire un bout d'intervention.

Mentionnons tout d'abord que le but de l'intervention est de **désamorcer la situation de crise**, de permettre à la personne de partager son désespoir et, en en parlant, d'ouvrir la porte à l'espoir et à des solutions qu'elle ne voyait plus. Il ne s'agit pas ici de régler en quinze minutes une vie perçue comme insoutenable, mais plutôt de transmettre l'espoir.

Une des premières règles à suivre lorsqu'on est en contact avec une personne suicidaire, c'est **l'écoute attentive**, respectueuse, sans porter de jugement, en établissant un climat de confiance.

Il faut **aborder ouvertement la question du suicide**, en demandant clairement à la personne si elle sait «où, quand et comment» elle veut se suicider. Ces questions aident à évaluer l'urgence de la situation (voir Annexe B) et guident l'intervention subséquente. Ainsi, l'intervention sera sans doute différente si une personne nous dit qu'elle veut se suicider dans la journée et qu'elle a en sa possession un moyen pour le faire, comparativement à une autre qui n'est pas rendue à l'étape de la planification.

Souvent, on a peur de parler directement du suicide, on craint de «lui mettre ça dans la tête». En réalité, cette crainte n'est pas fondée. Parler du

suicide avec une personne qui pense au suicide, c'est ouvrir sur l'espoir, c'est lui faire sentir qu'on est prêt à l'écouter, à l'entendre; c'est aussi une façon de lui dire qu'elle n'est plus seule et qu'elle n'est pas folle, qu'il y a quelque chose à faire.

Il faut **analyser la situation actuelle** : «quels sont les problèmes? qu'est-ce qui fait si mal?»; essayer de déterminer l'origine de la crise ou encore l'élément déclencheur et l'ensemble de la situation. Souvent, à cette étape, on peut essayer de voir les solutions que la personne a déjà envisagées ou essayées et voir les difficultés rencontrées, tout en précisant les éléments positifs qui sont présents. Les solutions retenues doivent assurer un mieux-être et un réconfort à **court terme**, afin de diminuer la souffrance.

Il faut **établir une entente claire** avec la personne quant aux démarches qu'elle entreprendra. Cette entente consiste en un contrat de non-suicide, avec une échéance et en précisant les limites personnelles de chacun. Il faut insister sur la disponibilité d'autres ressources et leur utilisation, comme le centre de prévention du suicide de la région.

Il faut **briser l'isolement social** de la personne. Il faut établir avec elle quelles sont les personnes significatives, avec qui elle se sent bien. Celles-ci peuvent soutenir la personne suicidaire et l'accompagner. Il est également très important de ne pas être seul à soutenir la personne suicidaire et de ne pas s'engager à garder la situation secrète afin de permettre à tous les membres du réseau de la personne de partager les craintes, les insécurités et les progrès réalisés. De plus, les membres du réseau de la personne suicidaire peuvent aussi contacter un centre de prévention du suicide afin d'être épaulés dans leur démarche. Cette forme de chaîne d'aide assure à chacun et à chacune un répit et montre à la personne suicidaire qu'elle est entourée et qu'elle peut compter sur plus d'une ressource.

Finalement, il est important **d'assurer un suivi à la crise**. Des membres du personnel professionnel de l'école peuvent travailler conjointement avec celui du réseau de la Santé et des Services sociaux et offrir une intervention bénéfique. D'un autre côté, le suivi vise à s'assurer que les solutions envisagées apportent des résultats et que la situation s'améliore.

4.2 L'INTERVENTION PRÉVENTIVE ET LES NIVEAUX DE PRÉVENTION

La prévention du suicide peut se faire à plusieurs niveaux: la promotion de la santé et du bien-être, la prévention, l'intervention et la postvention. À chacun de ces niveaux correspondent des objectifs différents et, assez souvent, des stratégies différentes. Chacun de ces niveaux de prévention est important et prend place dans la gamme complète des activités à mettre en place dans le but de prévenir le suicide.

La **promotion** de la santé mentale s'adresse à l'ensemble de la population. Elle vise à favoriser ou à augmenter les compétences individuelles et à agir sur la qualité de vie de la population. La **prévention** vise à réduire l'incidence des comportements suicidaires, par la réduction ou l'élimination des facteurs de risque associés au problème. Ainsi, les activités de prévention sont dirigées vers les groupes les plus vulnérables ou encore consistent à réduire l'accessibilité au moyen (ex.: restreindre l'accès aux armes à feu). La ligne de démarcation entre promotion et prévention est souvent très mince; la différence entre ces deux aspects se situe dans la population à rejoindre: population générale en promotion et population à risque en prévention.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

Sur le plan de **l'intervention**, il s'agit de réduire la durée et l'intensité de la crise suicidaire. On parle ici de dépistage précoce, d'évaluation et de traitement de la crise et de son suivi; les interventions s'adressent à la personne suicidaire et à son entourage. Quant à la **postvention**, elle vise à diminuer les effets associés au décès par suicide et s'adresse aux endeuillés: famille, amis, collègues, etc.

Les personnes qui désirent planifier et instaurer un programme complet de prévention du suicide verront à considérer chacun de ces niveaux. C'est également à partir de ces définitions que sera abordée la prévention du suicide des jeunes et, par la suite, la prévention du suicide en milieu scolaire.

4.3 LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES: UN MODÈLE GLOBAL

L'État américain du Connecticut a mandaté un groupe de travail dont la mission était de mettre au point un modèle global pour prévenir le suicide des jeunes. Le modèle, élaboré à partir d'une grille d'analyse systémique, tient compte des quatre environnements principaux des jeunes (famille, école, camarades et communauté) et propose une gamme d'activités à mettre en place, tant en promotion, en prévention, en intervention qu'en postvention, le tout en fonction du niveau de prévention et des groupes visés. L'intérêt de ce modèle est qu'il nous offre une perspective assez complète et qu'il souligne l'importance du travail en complémentarité. Ainsi, la prévention du suicide des jeunes concerne l'ensemble de la communauté et demande la participation de tous les milieux travaillant de près ou de loin auprès des jeunes. Le tableau 2 schématise l'ensemble des activités suggérées dans ce modèle.

4.4 QUELQUES SECTEURS D'ACTIVITÉS QUÉBÉCOISES DE PRÉVENTION DU SUICIDE AUPRÈS DES JEUNES

Devant l'ampleur du problème du suicide chez les jeunes, les autorités scolaires, médicales et les organismes spécialisés en prévention ou en intervention dans le domaine du suicide ont élaboré plusieurs activités au cours des dernières années. Sans avoir fait une recension complète de toutes les activités qui ont eu lieu au Québec, on peut toutefois souligner trois grands secteurs d'activités.

Mentionnons tout d'abord des activités d'intervention **en milieu hospitalier**, telles qu'en propose l'équipe d'intervention de crise pour adolescents et adolescentes à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Cette équipe a acquis une compétence clinique auprès des adolescents et des adolescentes suicidaires et propose un modèle d'intervention de crise, incluant des consultations familiales et un plan de traitement complet, allant de l'hospitalisation de courte durée à la thérapie individuelle, familiale et de groupe.

D'autre part, il faut souligner le travail de prévention et d'intervention qu'effectuent les centres de prévention du suicide **dans la communauté**. À l'heure actuelle, la majorité de ces centres offrent de l'intervention de crise par téléphone ou en face à face, 24 heures par jour. Certains de ces centres ont mis au point une intervention propre aux jeunes de leur région. Citons, entre autres, des interventions de groupe pour adolescents et adolescentes suicidaires.

Par ailleurs, ces centres ont lancé plusieurs activités de prévention du suicide **en milieu scolaire**. D'ailleurs, ce sont les activités en milieu scolaire que l'on trouve le plus souvent parmi les activités québécoises. De nombreuses écoles, seules ou en collaboration avec le CLSC du territoire ou un centre de prévention du suicide,

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

travaillent activement. L'ensemble du chapitre 6 traite des activités en milieu scolaire.

Le Québec a également été le terrain de campagnes de prévention du suicide auprès des jeunes. Citons, par exemple, la campagne «M'entendez-vous?». Cette campagne de prévention a rejoint les étudiants et les étudiantes d'une dizaine de cégeps, au moyen d'un kiosque d'information, d'une vidéo, de rencontres pour les parents et de messages radiophoniques.

Outre cette campagne, la prévention du suicide a aussi fait l'objet de pièces de théâtre comme le *Sous-sol des Anges* ou encore de la réalisation de la vidéo *17 ans... la vie derrière soi*. Cette vidéo a été présentée et l'est encore dans des maisons de jeunes, des groupes communautaires travaillant auprès de parents ou encore est utilisée comme outil de discussion dans les écoles.

Enfin, à Sherbrooke a eu lieu en 1990 un événement d'envergure visant à célébrer la vie et à réfléchir sur le phénomène du suicide chez les jeunes. Il s'agit du Sommet JEVI rassemblant plus de 1 800 jeunes venant de toutes les régions du Québec.

TABLEAU 2

GRILLE POUR UNE INTERVENTION GLOBALE VISANT LA PRÉVENTION DU SUICIDE DES JEUNES
Tiré du: *Task Force on Youth Suicide Prevention*, État du Connecticut, 1989

	PROMOTION	PRÉVENTION		INTERVENTION		POSTVENTION
		SENSIBILISATION	DÉPISTAGE	CONSULTATION		
			À RISQUE	À RISQUE ÉLEVÉ		
FAMILLE	- éducation aux habiletés parentales - centre de soutien parental - promotion des relations parents-enfants	- sensibilisation des parents - groupes de parents d'adolescents	- soutien aux parents à risque - formation aux intervenants auprès de la famille - coalition avec les intervenants en violence familiale	- intervention familiale - avis aux parents - coordination régionale: liens avec les agences familiales		- intervention et thérapie - groupes d'endeuillés
ÉCOLE	- amélioration du climat scolaire - création de liens d'attachement positifs - résolution de problèmes - gestion du stress - programme de tutorat	- sensibilisation de tout le personnel scolaire - cours pour les administrateurs	- formation aux intervenants - information sur le dépistage à tout le personnel - procédures d'orientation vers un service approprié - groupes pour jeunes à risque - parrage avec un enseignant ou un élève plus vieux	- procédure d'intervention de crise - liens avec la police, l'hôpital, le centre de crise - dépistage et intervention de groupe		- programme pour les endeuillés - intervention auprès des jeunes à risque
CAMARADES	- groupes de jeunes pour la défense des droits	- sensibilisation auprès des élèves et des autres jeunes	- groupe de camarades-aidants - dépistage par les camarades	- promouvoir l'utilisation des ressources - groupes de thérapie		- groupes de soutien - aller chercher les amis de la personne qui s'est suicidée
COMMUNAUTÉ	- occasions pour la création de liens sociaux et récréatifs	- création d'un centre d'information régional - forum communautaire - semaine de prévention du suicide - sensibilisation auprès des policiers, du clergé, des médecins, des services de loisirs, des services sociaux	- formation aux intervenants d'organismes jeunesse et de délinquance - équipe régionale d'intervention de crise - système de «prise en charge» («case-management») - coordination régionale	- coordination d'un protocole à l'occasion d'une tentative - suivi de crise - ressources psychiatriques - équipe mobile - hébergement		- protocole avec les médias - autopsie psychologique - groupe régional d'intervention

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

5

LA PRÉVENTION DU SUICIDE EN MILIEU SCOLAIRE

Plusieurs personnes intervenant en milieu scolaire se montrent préoccupées par le suicide chez les jeunes et sont prêtes à mettre en place des activités dans leur école. Par exemple, un enseignant ou encore l'infirmière scolaire en parle à ses collègues et commence une recherche des possibilités d'intervention et des outils à sa disposition. Les questions posées sont généralement: «Par où commencer?» «Devons-nous nous adresser aux jeunes? aux enseignants et enseignantes? aux parents?» Y a-t-il des activités primordiales à mettre en place, et dans quel ordre?».

Cette section tentera d'apporter des réponses à ces questions. Mais tout d'abord, il faut souligner l'importance des activités de prévention du suicide en milieu scolaire. L'école est reconnue comme le milieu d'intervention stratégique lorsqu'on désire prévenir le suicide chez les jeunes. C'est à l'école que les jeunes passent la majeure partie de leur temps; c'est également à l'école que l'on peut le plus facilement les rejoindre. C'est aussi à l'école que les jeunes établissent des liens significatifs avec leurs camarades. Lieu d'apprentissage et de liens, l'école, c'est la «deuxième maison».

> «En matière de suicide, les stratégies de prévention et d'intervention destinées aux jeunes seraient plus efficaces si elles étaient mises en oeuvre par l'entremise du réseau scolaire. L'école constitue l'endroit idéal où amorcer une discussion sérieuse et profonde à propos des mythes et des réalités du suicide.» (Santé et Bien-être social Canada, 1987)

L'importance du rôle de l'école est confirmée par les recherches qui montrent que les jeunes en crise adressent leurs confidences et leurs verbalisations suicidaires à leurs amis, et ces amis sont à l'école (voir figure 2). Les jeunes sont donc en position clé pour recevoir les signes et les messages des autres jeunes. Or, un peu plus de la moitié des confidents et des confidentes ont des attitudes négatives. Parmi ces attitudes, on trouve l'indifférence et la moquerie (2,4 %), la détresse (8,7 %), la surprise (5,8 %), le doute (5,2 %). Ces attitudes sont le reflet d'une méconnaissance de la problématique du suicide, de la peur et de l'impuissance ressenties par ces confidents et ces confidentes. (Pronovost et Côté, 1989).

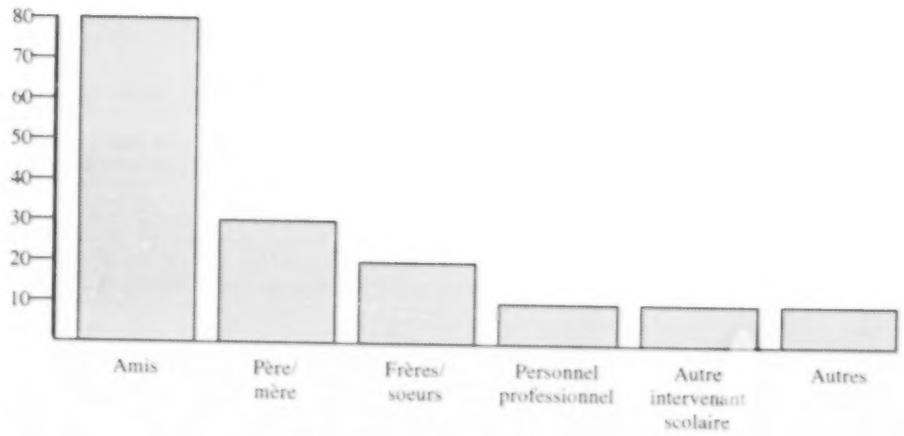
Ces choix de confidents et leurs réactions montrent la nécessité d'informer les jeunes et de les rejoindre à l'école.

Les activités de prévention du suicide en milieu scolaire existent depuis le milieu des années 1970. À titre d'exemple, une recension de divers programmes ou projets américains en milieu scolaire en dénombre plus d'une centaine et ce, uniquement pour l'année 1986 (Shaffer et autres, 1988). C'est donc dire que plusieurs modèles sont disponibles. Ces programmes se regroupent en cinq grandes approches: la sensibilisation, la consultation, le dépistage, l'amélioration des compétences personnelles et la modification de l'environnement.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

Certains programmes se concentrent sur une approche alors que d'autres combinent deux ou trois approches. Nous présenterons dans un premier temps un sommaire de ces approches pour ensuite en faire une description plus fine à partir de certains programmes précis.

FIGURE 2
Choix du confident à l'occasion de messages suicidaires



5.1 LES APPROCHES DE SENSIBILISATION

L'approche la plus utilisée pour prévenir le suicide en milieu scolaire est celle de la sensibilisation. Elle consiste à sensibiliser des groupes de personnes (élèves, personnel enseignant, autre personnel scolaire, parents). Elle vise l'ensemble de la population. La sensibilisation aborde les mythes et la réalité entourant le suicide, présente les signes précurseurs, suscite une attitude d'écoute, fait connaître les ressources d'aide et stimule leur utilisation.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

APPROCHE DE SENSIBILISATION

5.1.1 La sensibilisation des élèves

DESCRIPTION

Les activités de sensibilisation auprès des élèves peuvent durer entre 30 minutes et quatre heures. Elles couvrent les thèmes propres à la sensibilisation et utilisent différents modes d'animation. Ainsi, plusieurs programmes américains offrent tout d'abord des activités de perfectionnement s'adressant aux membres du personnel enseignant afin de les outiller à sensibiliser leurs élèves. Certaines activités sont animées par le ou la psychologue ou par l'infirmière ou l'infirmier scolaire. Au Québec, on remarque souvent le pairage d'animateurs ou animatrices de l'école avec d'autres du centre local de services communautaires ou d'un centre de prévention du suicide. Finalement, certains programmes sont animés par un parent endeuillé ou sont l'objet d'un témoignage d'une personne ayant déjà vécu une crise suicidaire.

Les modalités d'animation peuvent être de plusieurs ordres. Ainsi, on trouve l'animation et les discussions de groupe, le visionnement de vidéos ou la présentation d'une pièce de théâtre suivie d'une discussion avec les jeunes. Le plus souvent, la sensibilisation se fait par une tournée de groupe-cours; toutefois, le choix du niveau scolaire varie. Ainsi, certains modèles approchent toutes les années du secondaire alors que d'autres insisteront auprès des élèves de 3^{e}, 4^{e} ou 5^{e} année du secondaire.

APPROCHE DE SENSIBILISATION

5.1.2 La sensibilisation du personnel scolaire

DESCRIPTION

De façon générale, les activités de sensibilisation auprès de tout le personnel scolaire précèdent celles qui sont menées auprès des jeunes ou se font simultanément. Le contenu est similaire à celui destiné aux jeunes, mais adapté à la clientèle. Les enseignants et les enseignantes sont habituellement les premiers intéressés et on oublie quelquefois l'importance du personnel de soutien, personnel qui entretient souvent des liens significatifs avec les jeunes; par exemple, le personnel d'entretien, de secrétariat, de surveillance des dîners, etc.

DESCRIPTION (suite)

Habituellement, les activités de sensibilisation auprès du personnel scolaire ont lieu pendant une journée pédagogique ou à l'occasion d'activités parascolaires. Soulignons également que le personnel scolaire se dit prêt à aider l'élève en difficulté mais éprouve certaines craintes quant au rôle qu'on veut lui faire jouer, dont, entre autres, celui de thérapeute. C'est pourquoi toute sensibilisation des membres du personnel scolaire doit insister sur une approche d'écoute, d'ouverture et leur donner confiance dans leur potentiel d'aidant naturel, par la connaissance des ressources et, à tout le moins, la possibilité d'une orientation rapide vers ces ressources.

APPROCHE DE SENSIBILISATION

5.1.3 La sensibilisation des parents

DESCRIPTION

Certains programmes considèrent la sensibilisation des parents comme une activité primordiale et se consacrent uniquement à cette population, alors que dans d'autres programmes, les activités pour les parents sont complémentaires aux autres activités.

Un des problèmes souvent rencontrés est celui de rejoindre les parents et d'assurer leur participation aux activités suggérées par l'école. Ainsi, lorsque l'école organise une soirée de rencontre d'information pour les parents, on entend souvent «Si seulement une cinquantaine de parents peuvent se présenter, ce sera une réussite!». Certaines personnes ont contourné cette difficulté en installant des kiosques d'information sur le suicide à l'occasion de la première remise du bulletin scolaire ou encore effectuent une relance téléphonique pour insister auprès des parents quant à l'importance de ces rencontres.

5.2 LES APPROCHES DE CONSULTATION

Les approches axées sur la consultation visent en premier lieu à offrir aux jeunes en difficulté une intervention rapide et accessible. Ces approches consistent à mettre en place une équipe d'intervention et à offrir aux membres de cette équipe une formation spécialisée en intervention auprès des jeunes suicidaires. Habituellement, ces approches incluent des protocoles d'orientation vers d'autres ressources de la communauté pour les suivis à moyen et à long terme des jeunes en difficulté. Les groupes de consultation se font connaître au sein de l'école par des affiches ou le «bouche à oreille». Cette forme de publicité s'adresse aux jeunes qui souffrent ou encore aux personnes qui entourent les jeunes en difficulté.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

APPROCHE DE CONSULTATION

5.2.1 La consultation du personnel

DESCRIPTION

Les groupes de consultation peuvent être formés du personnel professionnel de l'école, de parents et d'enseignants et enseignantes.

Ces groupes s'assurent de la présence constante de personnes-ressources, souvent dans un local clairement désigné.

APPROCHE DE CONSULTATION

5.2.2 La consultation d'autres jeunes

DESCRIPTION

Les groupes de consultation peuvent également être des groupes de jeunes, sur le principe des «camarades-aidants». Les jeunes deviennent ainsi des ressources clés et ont pour mandat d'accueillir leurs compagnons et compagnes en difficulté, d'évaluer la situation et de les diriger vers d'autres ressources d'aide si nécessaire.

Ces groupes de «camarades-aidants» nécessitent toutefois une supervision continue par un personnel qualifié et les expériences ne semblent pas toujours heureuses. Ainsi, on remarque que les jeunes s'engagent activement au cours des premiers mois d'activités mais ont tendance à diminuer graduellement leur participation; le recrutement est donc une opération qui doit être prévue pour les activités en cours. De plus, il arrive que les jeunes qui s'engagent se révèlent être eux-mêmes en difficulté, ce qui fait qu'on doit s'assurer de leur apporter un soutien constant ou encore mettre en place des mécanismes de sélection serrés. Finalement, il faut souligner que les groupes de «camarades-aidants» demandent un investissement de temps soutenu et à long terme de la part du personnel scolaire. Toutefois, la formule de «camarades-aidants» est une approche riche en expériences diverses et sans aucun doute prometteuse.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

5.3 LES APPROCHES DE DÉPISTAGE

Les approches axées sur le dépistage des jeunes en difficulté ou suicidaires partent d'un désir d'intervenir rapidement en repérant ces jeunes et en leur offrant une aide. Aux États-Unis, ces approches sont de plus en plus populaires; l'arrivée d'instruments de dépistage, le faible coût de ces opérations et surtout l'importance d'agir rapidement pour diminuer l'incidence de suicides sont les raisons qui justifient cet intérêt. Le dépistage peut se faire par la psychométrie, par l'évaluation systématique de tous les jeunes à risque ou par le réseau de relations.

APPROCHE DE DÉPISTAGE

5.3.1 Le dépistage par psychométrie

DESCRIPTION

Certaines approches de dépistage consistent à faire remplir un questionnaire à tous les élèves d'une école. Par la suite, les élèves désignés comme étant «à risque» sont rencontrés et évalués plus systématiquement, ce qui détermine le type d'intervention souhaitable. Les instruments de dépistage sont des questionnaires validés auprès d'une population américaine (Shaffer et autres, 1988); au Québec, une équipe a utilisé le questionnaire de Tousignant et autres (1984) à l'occasion d'une opération de dépistage dans une école secondaire de Trois-Rivières (Pronovost et Côté, 1989).

APPROCHE DE DÉPISTAGE

5.3.2 Le dépistage par l'évaluation systématique des jeunes à risque

DESCRIPTION

Ces modèles visent le dépistage des jeunes qui ont un ou des facteurs de risque dans leur vie. Le jeune est repéré et rencontre une équipe de personnes-ressources qui évalue son potentiel suicidaire. Selon le cas, le jeune peut être invité à faire partie d'un groupe de jeunes vivant des problèmes similaires au sien: un groupe de jeunes qui vivent des conflits familiaux, qui ont des problèmes de santé physique, des jeunes socialement isolés, élèves de régions éloignées, etc. Certains jeunes bénéficient également d'interventions individuelles à court, moyen ou long terme.

En fait, il s'agit de repérer des groupes cibles, de leur offrir une intervention adaptée et du soutien, dans le but de prévenir précocement un geste suicidaire.

APPROCHE DE DÉPISTAGE
5.3.3 Le dépistage par le réseau de relations
DESCRIPTION
Le dépistage par le réseau de relations est une démarche qui veut rejoindre les jeunes en crise suicidaire. Ainsi, on demande à des adultes ou à des jeunes spécialement formés de repérer les jeunes suicidaires de leur milieu, de les aborder directement et de les accompagner auprès des ressources de l'école.

5.4 LES APPROCHES VISANT LA COMPÉTENCE PERSONNELLE

Certains programmes de prévention du suicide abordent peu le thème du suicide et optent pour une approche de promotion du bien-être général du jeune par l'augmentation des compétences personnelles. L'accent est mis sur la qualité de vie, sur les habiletés sociales, sur la gestion du stress, l'augmentation de l'estime de soi, la communication interpersonnelle, l'entraide, la résolution de problèmes. On désire ici outiller le jeune à faire face aux situations difficiles qu'il peut rencontrer et favoriser un développement harmonieux, tant personnel, cognitif, que social. Ces approches ont des objectifs à long terme et leurs activités sont planifiées en conséquence.

5.5 LES APPROCHES DE MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT SCOLAIRE

Ces approches se centrent sur l'école et son organisation, dans le but d'améliorer la qualité de vie du jeune. Citons, par exemple, des activités qui visent à améliorer la relation «enseignant-élève», celles qui ont pour but de favoriser un sentiment d'appartenance à l'école, en suscitant l'engagement des jeunes dans l'élaboration des règlements internes, de la grille-horaire, dans l'aspect physique des salles de classe et des autres locaux scolaires. Il peut s'agir aussi d'augmenter le nombre de ressources humaines dans les services d'aide à l'élève.

Pour des suggestions d'activités s'inspirant de cette approche, il peut être utile de se référer à deux publications du ministère de l'Éducation : *Les services d'encadrement et de surveillance à l'école* et *Prévenir et contrer la violence à l'école*.

5.6 LE CHOIX D'UNE APPROCHE

Devant l'ensemble des possibilités d'action qui s'offrent aux personnes qui veulent s'engager dans la prévention du suicide, quels sont les critères qui peuvent influencer le choix d'une approche?

Sur un plan purement théorique, un programme de prévention du suicide comprendrait toutes les approches possibles, de la sensibilisation à la modification de l'environnement. Toutefois, dans la pratique, les personnes sont souvent confrontées à faire des choix, faute d'argent, de ressources humaines suffisantes et d'énergie à investir. Voyons maintenant quelles sont les forces et limites de ces approches.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

Les approches de sensibilisation sont unanimement reconnues comme étant les approches à privilégier en prévention du suicide. Cependant, les évaluations des activités de sensibilisation auprès des jeunes ne sont vraiment pas concluantes. Ainsi, certaines études québécoises ne relèvent aucun effet de ces approches sur la connaissance de la problématique, la connaissance des signes précurseurs et sur l'attitude des jeunes au moment d'une verbalisation suicidaire. Les seuls résultats significatifs observés se trouvent dans l'augmentation de la connaissance des ressources d'aide... (Raymond, 1987; Raymond et autres, 1989).

De plus, les jeunes semblent déjà bien informés sur la problématique du suicide. Ces résultats sont notés également dans une étude américaine menée auprès de 2 000 étudiants et étudiantes âgés de 13 à 18 ans. Shaffer et autres (1988) ont ainsi évalué trois programmes de sensibilisation différents. Ces auteurs n'observent aucun effet à la suite de ces interventions. Ils remarquent qu'avant les activités, les jeunes avaient une bonne connaissance de la problématique, des signes précurseurs et des ressources. Les jeunes savaient que les adultes étaient là pour les aider et qu'il faut prendre au sérieux les verbalisations suicidaires. De plus, au moment des prétests, entre 10 % et 20 % des élèves voyaient le suicide comme une solution acceptable et indiquaient qu'ils n'iraient pas chercher de l'aide à l'occasion de crises suicidaires. Les données étaient les mêmes après les activités de sensibilisation.

Ces résultats nous amènent à soulever la question des limites des activités de sensibilisation. Ainsi, la sensibilisation peut produire certains changements cognitifs, par exemple dans la connaissance des ressources d'aide, mais ne semble pas apporter de modifications en ce qui a trait aux comportements et aux attitudes des jeunes. Ainsi, si nos objectifs de sensibilisation visent une modification de l'attitude, ils ne seront vraisemblablement pas atteints par ce moyen. De plus, les activités de sensibilisation ne rejoignent qu'une très faible proportion des jeunes en difficulté.

Une autre donnée importante concerne le dépistage et l'intervention par les camarades. Or, les jeunes éprouvent les mêmes peurs et les mêmes craintes que les adultes lorsqu'ils sont confrontés à un compagnon ou à une compagne suicidaire. Lorsqu'on pense que ces mêmes adultes, après une formation spécialisée de deux jours, trouvent difficiles le dépistage et l'intervention, il convient de se demander si ces objectifs sont réalistes pour une population d'adolescents et adolescentes.

Bien qu'elle ne puisse combler toutes les attentes, la sensibilisation des jeunes s'avère toutefois essentielle. Premiers récepteurs des confidences suicidaires, les jeunes doivent à tout le moins savoir qu'il existe des ressources et qu'ils peuvent accompagner leurs amis suicidaires vers ces ressources. Cela présuppose cependant que ces ressources existent et qu'elles sont accessibles, disponibles et connues. Aussi, tout programme de sensibilisation doit-il être complété par une approche de consultation. Finalement, la sensibilisation auprès du personnel scolaire et des parents est une approche à privilégier.

Par ailleurs, les approches de consultation sont un prérequis essentiel à toute activité de prévention du suicide en milieu scolaire. La présence de personnes clés, spécialement formées et en mesure d'intervenir auprès des jeunes en crise suicidaire, permet au jeune d'avoir accès à une ressource disponible, connue et accessible. Cependant, ces personnes-ressources doivent être en nombre suffisant et surtout doivent pouvoir compter sur du soutien et sur des possibilités d'échange avec leurs collègues. De plus, des mécanismes d'orientation vers les ressources du milieu sont à prévoir dans le cas de situations plus lourdes ou encore pour assurer aux jeunes une prise en charge en dehors des heures scolaires.

Quant à la consultation par des «camarades-aidants», elle implique certaines conditions. Soulignons tout d'abord que le recrutement des jeunes aidants doit tenir compte de leurs motivations personnelles, de leur capacité d'écoute et de la confiance qu'ils inspirent à leurs camarades. De plus, la formation doit être suffisamment longue pour les outiller convenablement dans l'acquisition de techniques de relation d'aide et d'écoute. La supervision de ces jeunes aidants doit être continue, régulière et de qualité.

Pour plusieurs, les approches basées uniquement sur le dépistage sont celles qui sont le plus en mesure de venir rapidement en aide aux jeunes suicidaires et peuvent être déterminantes pour diminuer les taux de comportements suicidaires, à court terme. Par ailleurs, certains risques sont à considérer. Premièrement, il existe la possibilité d'étiqueter les jeunes à risque et de leur faire vivre un isolement plus grand. Deuxièmement, le dépistage par test peut désigner des jeunes comme suicidaires alors qu'ils ne le sont pas. Il faut noter que les tenants de ces tests soulignent qu'intervenir auprès d'un jeune non suicidaire présente peu de risque pour cet élève. En somme, le dépistage est important mais nécessite une équipe d'intervention et une préparation du milieu.

Finalement, les approches visant l'amélioration de la qualité de vie et des compétences personnelles demeurent la voie privilégiée de la promotion et de la prévention. Par contre, ces approches comprennent souvent des activités étalées sur une longue durée et les effets ne sont pas immédiats. Comme toutes les autres activités de prévention primaire, elles doivent s'intégrer dans un ensemble cohérent et doivent être répétées souvent.

En résumé, les programmes ou activités qui englobent les approches de sensibilisation, de consultation et de dépistage semblent les plus prometteurs. Toutefois, nous croyons que tout programme de prévention du suicide doit d'abord parler du suicide et s'assurer la présence de ressources internes, de façon à ce que le dépistage par le réseau de relations devienne possible. Ces programmes seront par ailleurs encore plus bénéfiques s'ils incluent des activités de promotion et d'augmentation des compétences personnelles. Finalement, la recherche devrait se pencher sur les différentes stratégies de sensibilisation ainsi que sur les moyens à utiliser et les outils à privilégier.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

6

DES ACTIVITÉS RÉALISÉES EN MILIEU SCOLAIRE

Au Québec, la prévention du suicide en milieu scolaire est un domaine en effervescence. Plusieurs écoles agissent, sans tambour ni trompette, sans publicité, et sensibilisent leur milieu scolaire. Faute de connaître chacun de ces projets, ce chapitre en présente quatre, bien documentés, qui rendent compte de certaines stratégies présentement utilisées.

ACTIVITÉ

6.1 «LA PRÉVENTION DU SUICIDE EN MILIEU SCOLAIRE: UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE»

DESCRIPTION

Le programme intitulé «La prévention du suicide en milieu scolaire: une approche communautaire» a été élaboré par Suicide-Action Montréal, le centre de prévention du suicide de la région métropolitaine.

Ce programme de prévention et d'intervention comprend des activités de sensibilisation, de dépistage et de consultation. À travers cinq volets, ce programme «s'adresse à l'ensemble du milieu scolaire (au personnel de direction, enseignant, professionnel, aux élèves et aux parents) ainsi qu'à la communauté environnante (centre local de services communautaires, centre de services sociaux, organismes communautaires). Outre la démythification par la sensibilisation et l'éducation, un modèle de dépistage et de prise en charge du jeune suicidaire est proposé.» (Raymond et Gadbois, 1987)

Les cinq volets de ce programme sont:

- Volet I - Information/sensibilisation auprès des élèves
- Volet II - Information/sensibilisation auprès des parents
- Volet III - Information/sensibilisation auprès du personnel enseignant
- Volet IV - Information/sensibilisation auprès du personnel administratif
- Volet V - Formation du personnel professionnel

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

DESCRIPTION (suite)

6.1.1 L'information et la sensibilisation auprès des élèves

Les objectifs spécifiques de ce volet sont de (1) sensibiliser et informer les élèves sur la problématique du suicide et leur rôle d'agent préventif dans leur milieu; (2) favoriser une participation des élèves au réseau d'entraide en milieu scolaire et (3) susciter une prise de conscience chez les jeunes de leur capacité à donner du soutien.

Pour atteindre ces objectifs, les élèves de la 1re à la 5e année du secondaire sont rencontrés pendant deux cours et chaque groupe-cours est séparé en deux petits groupes d'une quinzaine d'élèves. Les rencontres sont animées conjointement par un bénévole du centre de prévention du suicide et un membre du personnel scolaire. Cette double animation permet à un des animateurs de se retirer du groupe avec un élève lorsque celui-ci exprime ou montre son inconfort et son malaise.

Les thèmes abordés sont les thèmes usuels des approches de sensibilisation, soit les mythes et la réalité entourant le suicide, les facteurs associés, le processus suicidaire, les signes précurseurs, le «quoi faire», les ressources de l'école et du milieu et, finalement, on insiste sur ce que les jeunes peuvent faire pour s'entraider.

L'animation se fait par des discussions de groupe (questions ouvertes), la distribution de documents (dépliants produits par le MSSS, résumé de l'information, liste détaillée des ressources de la communauté et énumération des personnes-ressources de l'école, etc.) et le visionnement de la vidéo *17 ans... la vie derrière soi*. De plus, cette animation laisse de la place à l'expression du vécu des jeunes et les aide à trouver des moyens pour s'entraider. Durant ces rencontres, on insiste également sur l'importance d'accompagner son copain ou sa copine dans une recherche d'aide auprès des ressources répertoriées.

6.1.2 L'information et la sensibilisation auprès des parents

Une «soirée-parents» d'une durée de trois heures vise à les sensibiliser au problème du suicide, aux signes précurseurs, au «quoi faire», aux ressources d'aide disponibles. Cette rencontre est animée par un membre du centre de prévention du suicide et tous les parents des élèves de l'école sont invités par communiqué. De plus, une publicité dans les journaux du quartier permet aux parents et autres adultes intéressés dans la communauté d'assister à la rencontre.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

DESCRIPTION (suite)

6.1.3 L'information et la sensibilisation auprès du personnel enseignant et du personnel administratif

La sensibilisation du personnel scolaire se déroule à l'occasion d'une demi-journée pédagogique et est animée par deux personnes-ressources du centre de prévention du suicide. Cette sensibilisation reprend les mêmes thèmes que ceux présentés aux parents.

6.1.4 La formation du personnel professionnel

Afin de susciter une prise en charge de la problématique par le milieu, une formation est offerte à des personnes clés de l'école, à savoir le personnel professionnel. Ces personnes-ressources doivent être clairement désignées et leur disponibilité doit être connue de la communauté scolaire. Les personnes clés reçoivent une formation d'une durée de 16 heures, formation donnée par des formateurs du centre de prévention du suicide qui réunissent entre 10 et 15 participants et participantes. Outre l'intervention auprès des jeunes en difficulté et auprès de leurs camarades, ces personnes assument la coanimation des rencontres auprès des élèves et jouent un rôle primordial dans le dépistage des jeunes. De plus, cette formation permet aux personnes clés de se sentir à l'aise avec le thème du suicide et de reconduire les activités de sensibilisation dans les années subséquentes.

6.1.5 L'évaluation de ce programme

Le rapport d'évaluation (Raymond et Gadbois, 1987) indique que la majorité des objectifs spécifiques du programme ont été atteints. Des ressources accessibles et adéquates ont été formées et toute la population du milieu scolaire a été sensibilisée. Dans les deux écoles où le programme a fait l'objet d'une évaluation, 70 jeunes ont été dépistés et 55 % de ces jeunes ont été signalés par un autre jeune.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

ACTIVITÉ

6.2 LE PROGRAMME «LA VIE... C'EST POUR LA VIE»

DESCRIPTION

Le titre ci-haut (Sylvain, Thibault et Routhier, 1992) décrit bien l'orientation que s'est donnée le Service de prévention du suicide de la Fondation JEVI, de Sherbrooke. L'originalité et la particularité de l'approche reposent sur trois axes:

- sa clientèle spécifique: les jeunes des milieux scolaires;
- sa philosophie: la démystification du suicide et la valorisation de la vie;
- ses niveaux d'action: la promotion et la prévention primaire.

Les moyens d'action mis en place à l'intention des jeunes pour atteindre les objectifs visés s'articulent autour de quatre champs d'activités.

6.2.1 La sensibilisation

La sensibilisation des jeunes vise tout d'abord à valoriser la vie. En effet, si l'on croit pouvoir prévenir le suicide, c'est de la vie qu'il faut parler. Le programme de sensibilisation vise également à dédramatiser la crise suicidaire en la situant dans le contexte des crises maturantes ou situationnelles qui sont normales à l'adolescence. En intégrant la crise suicidaire dans le contexte de leur croissance personnelle, sans pour autant la «normaliser», les jeunes pourront ainsi lui donner un sens, une direction.

Les principaux moyens d'action mis au point pour assurer la sensibilisation sont des rencontres d'information (1 heure), des ateliers de sensibilisation (3 heures), la création de pièces de théâtre, vidéos ou autres œuvres collectives.

6.2.2 L'entraide

L'entraide par les camarades permet de faire appel au potentiel des jeunes, de valoriser leur action en reconnaissant leur contribution en prévention du suicide. En effet, ils sont souvent les mieux placés pour dépister un ami ou une amie en détresse suicidaire. Les moyens utilisés pour mettre en valeur ce potentiel sont: la formation de groupes d'entraide, l'encadrement et le suivi de leurs interventions. Le programme s'étale sur deux sessions de 15 heures de formation données en un ou deux ans. Pour faciliter la formation à l'entraide, un cahier de l'entraidant est conçu à l'intention des jeunes.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

DESCRIPTION (suite)

6.2.3 L'animation du milieu

La plus grande originalité de l'approche est sans doute son volet «animation du milieu». Les activités organisées chaque année visent tantôt à valoriser la vie et à renforcer les facteurs de protection, tantôt à démystifier le suicide et à diminuer les facteurs de risque.

Ces événements, largement publicisés par les médias, contribuent à véhiculer le message du «Oui à la vie» avec intensité et chaleur. Ils valorisent la vie en soi, stimulent le goût de vivre. Certains de ces moyens permettent d'élargir le réseau social des jeunes, favorisent l'appartenance, la solidarité et la communication. Parmi ces activités, notons la «SEMAINE DU MIEUX-VIVRE» organisée chaque année à la polyvalente Le Ber de Sherbrooke, qui vient illustrer comment on peut arriver chaque année à briser l'anonymat et l'isolement. D'autres activités ont également été menées telles que «La tournée provinciale du MIEUX-VIVRE 1989», le Somm:et JEVI (1990) et un spectacle de chant-théâtre intitulé «Ferme ton walkman».

6.2.4 L'accueil et l'orientation des jeunes

Ce volet consiste à assurer de façon permanente l'accueil et le soutien des jeunes à risque afin d'empêcher l'aggravation de la crise. Une fois la crise désamorcée, le jeune est habituellement dirigé vers un intervenant de son milieu.

Les services sont alors offerts par des intervenants du milieu scolaire, du réseau de la Santé et des Services sociaux ou par les ressources du centre de prévention du suicide de la région.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

ACTIVITÉ

6.3 «LA PRÉVENTION DU SUICIDE: ET SI ON EN PARLAIT...»

DESCRIPTION

Ce projet de prévention et d'intervention en milieu scolaire (Filion et autres, 1988) est destiné aux élèves de 3e, 4e et 5e année du secondaire. Il axe son approche sur la sensibilisation et l'augmentation des compétences personnelles. Ce projet est le fruit de la collaboration de la Commission des écoles catholiques de Verdun, du CLSC de Verdun et du Département de santé communautaire de Verdun. Les objectifs de ce projet sont de: (1) informer les jeunes sur le phénomène du suicide et leur démontrer qu'ils peuvent facilement intervenir auprès de leurs camarades, soit en ce qui a trait au dépistage, au support, à la relation d'aide, ou à l'orientation vers des ressources professionnelles; (2) dépister et intervenir auprès des jeunes à risque; (3) créer un guide d'animation, l'expérimenter et l'évaluer.

Ce projet consiste en quatre rencontres avec les élèves, chacune couvrant une période de cours. L'animation est assurée par deux intervenants de l'école et utilise la discussion de groupe, des exercices avec papier-crayon et le visionnement de la vidéo *17 ans... la vie derrière soi*.

Les deux premières rencontres sont consacrées à sensibiliser les élèves à l'ampleur du problème du suicide, aux facteurs de risque et aux causes ainsi qu'à la présentation des signes précurseurs. La troisième rencontre porte sur l'intervention et sensibilise les jeunes aux techniques de relation d'aide et à la connaissance des ressources existantes. La quatrième rencontre vise à outiller les jeunes à faire face aux situations difficiles par l'acquisition d'habiletés pour résoudre un problème. On y insiste sur l'importance du soutien et de l'entraide pour un développement harmonieux de l'individu.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

ACTIVITÉ

6.4 LE -PROGRAMME DE PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS-

DESCRIPTION

Le Département de santé communautaire de l'hôpital Saint-Luc a élaboré un programme de prévention du suicide (Bédard et Filion, 1985) qui axe la majeure partie de son intervention sur la promotion de la santé mentale. D'une durée prévue de trois ans, plusieurs activités de groupe visent à favoriser l'évolution du concept de soi chez l'adolescent et à renforcer son habileté à affronter les difficultés de la vie. D'autres activités visent à rendre l'adolescent ou l'adolescente responsable de son bien-être physique et mental.

D'autre part, on insiste sur la mise en place d'un environnement favorable par une sensibilisation des parents à la vie familiale et par la sensibilisation du personnel scolaire à la communication. Certaines activités portent sur la participation du jeune à la vie communautaire, dans son école et dans son quartier.

Un deuxième volet du programme consiste en des activités de sensibilisation à la problématique du suicide. Ces activités sont destinées aux jeunes, aux parents, au personnel scolaire et aux intervenants de la communauté.

Finalement, un troisième volet aborde l'organisation des services, d'abord en assurant un service aux jeunes dépistés, puis en mettant en place des mécanismes de relance auprès de tous les jeunes qui ont consulté une ressource. Un soutien à la famille est de plus offert par l'intermédiaire de visites à domicile et d'entrevues individuelles.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

7

LES ACTIVITÉS DE POSTVENTION EN MILIEU SCOLAIRE

La section précédente traitait d'activités de prévention et d'intervention en milieu scolaire. Cependant, un autre champ d'intervention important est celui de la postvention. Il porte sur les activités à mettre en place lorsqu'un élève de l'école s'est suicidé.

Bien que la postvention soit un des aspects les plus souvent négligés en prévention du suicide, plusieurs raisons justifient l'élaboration d'un projet de postvention en milieu scolaire. Le suicide d'un élève de l'école bouleverse toute la population scolaire: les autres élèves, les enseignants et enseignantes, les parents, le personnel non enseignant. Souvent, l'école se retrouve en situation de panique et se sent impuissante à réagir rapidement ou encore ne sait pas quoi faire. De plus, on remarque que plusieurs personnes de la population vivent un processus de deuil, se sentent coupables. Dans ce climat de tristesse et de culpabilité, plusieurs questions surgissent. Doit-on en parler aux élèves? Faut-il prévoir des mécanismes de soutien? Y a-t-il d'autres élèves en crise suicidaire?

De plus, les recherches montrent que le fait d'être endeuillé augmente de neuf fois le risque suicidaire. Tout jeune qui se suicide est connu par plusieurs autres jeunes dans son école. Ses amis et ses copains, ses enseignants et enseignantes, ses parents et les parents des autres jeunes peuvent donc vivre les émotions propres aux endeuillés.

Il est souhaitable que les écoles et les commissions scolaires prévoient à l'avance des procédures à mettre en place à l'occasion d'un suicide à l'école. Nous vous proposons ici un exemple d'un projet de postvention. (Fairfax County Public Schools, 1986)

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

ÉTAPE DE RÉALISATION

7.1 LA PLANIFICATION DU PROJET

DESCRIPTION

1. Désigner à l'avance la personne qui sera responsable de la mise en œuvre du projet au moment de la crise, et s'assurer que le personnel scolaire en soit informé.

2. Sensibiliser les intervenants scolaires à la problématique du suicide et mettre en place des activités de rappel chaque année, ne serait-ce que par la distribution de documentation. De plus, il est souhaitable que chaque nouvelle personne du milieu scolaire soit sensibilisée afin d'assurer la continuité.

3. Informer le personnel de secrétariat sur la façon de répondre aux demandes téléphoniques à l'occasion d'un suicide, ainsi que sur les réponses à donner aux médias d'information.

4. Préparer une chaîne téléphonique afin d'être en mesure de rejoindre rapidement les intervenants engagés dans les activités de crise. Définir les lignes de communication et les responsabilités.

5. Établir les stratégies d'intervention individuelle et de groupe à mettre en oeuvre, ainsi que les groupes cibles qui sont potentiellement plus à risque. Il convient d'ailleurs de planifier plusieurs stratégies de réponses.

6. Préparer un mécanisme de soutien pour les intervenants en cause.

7. Prévoir les réactions parentales et les réponses à apporter.

8. Planifier des lieux de rencontre et d'intervention.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

ÉTAPE DE RÉALISATION

7.2 LA MISE EN ŒUVRE DE LA PLANIFICATION

DESCRIPTION

1. Dès qu'un suicide est connu, intervenir le plus rapidement possible en suivant le protocole préétabli. Tout délai peut aviver le climat de panique et les rumeurs.

2. Préparer un communiqué qui informe de la mort de l'élève, mais sans nécessairement annoncer le suicide. Il faut répondre honnêtement aux questions des élèves.

3. Tenir une rencontre pour informer tout le personnel scolaire de la situation et du plan d'action, et prévoir des mécanismes de soutien.

4. Rejoindre les amis du jeune décédé et les inviter à une rencontre de soutien. Ceci leur permet de ventiler leurs émotions, d'obtenir du soutien en s'entraidant. Cela permet aussi aux animateurs et aux animatrices de repérer les jeunes profondément affectés et en crise suicidaire. Offrir à tous les élèves de l'école la possibilité de participer à un groupe ou de consulter un intervenant désigné.

5. Prévoir du soutien aux parents. Par exemple, des parents peuvent venir rencontrer des intervenants et partager leurs sentiments, peurs et craintes. Souvent, les parents désirent être informés quant aux réponses à donner à leurs enfants.

6. Respecter les volontés et désirs de la famille endeuillée au regard des funérailles et de la participation de l'école aux célébrations entourant le décès.

7. Offrir un suivi à plus long terme aux personnes qui en expriment le besoin.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

8

DES CONDITIONS FACILITANT LA RÉALISATION D'UN PROJET EN PRÉVENTION DU SUICIDE

Le choix des activités à mettre en place pour prévenir le suicide à l'école est fonction des objectifs et des intérêts de chaque groupe d'intervenants. Il n'en demeure pas moins que certaines conditions peuvent faciliter la mise en oeuvre d'un projet de prévention du suicide en milieu scolaire.

CONDITION DE RÉALISATION
8.1 UN PROJET ADAPTÉ À LA SPÉCIFICITÉ DU MILIEU SCOLAIRE
DESCRIPTION
On ne peut prétendre élaborer un projet qui réponde aux spécificités de chaque milieu scolaire. Par exemple, certaines écoles se caractérisent par une forte proportion d'élèves présentant des troubles de comportement, d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage ou par une clientèle défavorisée, alors que d'autres sont reconnues pour leur climat de violence. Ainsi, une analyse de l'école, de ses particularités, des problèmes que présente la clientèle amènera à mieux cerner les besoins de l'école et guidera le choix d'activités.

CONDITION DE RÉALISATION

8.2 UNE PLANIFICATION RÉALISTE

DESCRIPTION

La planification des activités doit être réaliste et tenir compte des possibilités d'action et de l'énergie disponible. Par exemple, rencontrer 2 000 élèves pendant une tournée de groupes-cours est une chose, mais rencontrer ce même 2 000 élèves à raison de cinq rencontres par groupes-cours, en plus de l'intervention, du suivi à court terme et de la mise en place d'activités parascolaires en est une autre.

C'est donc en fonction de l'énergie disponible et surtout après avoir bien déterminé les objectifs que l'on poursuit que peut se faire le choix des activités destinées aux jeunes. Comme on l'a vu dans les deux dernières sections, il existe de nombreux modèles d'activités à mettre en place; on peut donc se servir de ce qui existe et en ajouter ou en enlever selon les besoins du milieu. De plus, on peut avoir une vision à plus long terme et prévoir des activités pour les deux ou trois prochaines années. De toute façon, la sensibilisation est une démarche à long terme et l'information doit être souvent répétée, sous des formes différentes.

CONDITION DE RÉALISATION

8.3 LA CRÉATION D'UN COMITÉ À L'ÉCOLE

DESCRIPTION

Tant en intervention individuelle qu'en planification d'activités pour la prévention du suicide, il importe de ne pas travailler seul. C'est pourquoi il est préférable que toute personne désireuse de s'engager en parle à ses collègues à l'école et suscite un ralliement par la formation d'un comité ou groupe de travail qui élaborera et coordonnera l'ensemble du projet.

Par exemple, un enseignant motivé peut sensibiliser ses collègues à la problématique du suicide et à sa prévention par la distribution de dépliants, brochures ou courts articles. D'autres en parleront à tout le monde et adresseront des demandes de collaboration à des intervenants scolaires susceptibles d'être intéressés, tels le psychologue de l'école, l'animateur de pastorale, l'enseignant en formation personnelle et sociale, l'infirmière, etc. La fonction de ces personnes n'est aucunement un critère; il faut toutefois tenir compte de la crédibilité de ces personnes, tant auprès des jeunes qu'auprès des autres membres du personnel.

Le nombre de personnes nécessaires pour constituer un comité est fonction de la taille de l'école et de l'ampleur des activités à mettre en place.

CONDITION DE RÉALISATION

8.4 LE SOUTIEN DES COMMISSIONS SCOLAIRES ET DE LA DIRECTION D'ÉCOLE

DESCRIPTION

Il importe d'abord de souligner à la direction d'école l'importance du problème du suicide chez les jeunes et le rôle stratégique de l'école dans la prévention. Certaines résistances peuvent apparaître et s'exprimer par la crainte de la contagion ou encore par le déni du problème. Il s'agit alors de sensibiliser le personnel de direction et de souligner que le fait d'en parler, c'est permettre aux jeunes de trouver des moyens de s'aider. Par la suite, la collaboration de l'administration scolaire peut être obtenue par la présentation d'un mini-dossier du projet en cours, incluant les dépenses prévues et une ébauche des activités projetées, c'est-à-dire le «qui, où, quoi, quand, comment».

Un engagement actif des administrateurs de l'école est un élément crucial pour la réussite du projet. Cet engagement doit d'abord être un accord de principe sur le fait de parler du suicide à l'école. Cet engagement doit aussi se manifester concrètement dans la volonté des administrateurs de faciliter la planification et la réalisation du projet. Des ententes sur la libération de quelques personnes de l'école afin de créer un comité interne de planification et de coordination peuvent en être une première manifestation. Cet engagement peut se traduire également dans le fait de rendre disponibles certains locaux, des services d'imprimerie, des moments pour rencontrer le personnel scolaire, etc. Finalement, un certain budget devrait être alloué afin de permettre aux membres du comité, ainsi qu'à d'autres personnes désignées, de suivre une formation plus spécialisée en vue d'intervenir auprès des jeunes suicidaires.

Selon la culture organisationnelle de la commission scolaire, il peut s'avérer opportun de prendre contact avec un responsable de la commission scolaire et de l'informer du projet en cours. Souvent, les responsables de la commission scolaire gèrent les ressources professionnelles non enseignantes (psychologue, travailleur social, conseiller pédagogique, etc.). Leur accord et leur soutien sont des éléments importants de réussite.

CONDITION DE RÉALISATION

8.5 LA PRÉSENCE DE RESSOURCES PRÊTES À ACCUEILLIR DES JEUNES EN DIFFICULTÉ ET À INTERVENIR AUPRÈS D'EUX

DESCRIPTION

Tout projet de prévention du suicide doit d'abord et avant tout s'assurer de la présence de ressources internes aptes à intervenir auprès des jeunes en situation de crise suicidaire et auprès de leurs camarades. Le rôle de ces ressources et les limites de leurs interventions demeurent à préciser, mais ces ressources doivent être disponibles, accessibles et connues dans l'école. D'une part, cela permettra aux jeunes d'avoir accès à une prise en charge rapide et à une aide ponctuelle; d'autre part, la présence de ces ressources rassure l'ensemble des membres du personnel scolaire et leur donne l'occasion d'être soutenus dans leur action auprès des jeunes de l'école.

Ces ressources sont souvent les membres du groupe de travail mentionné plus haut; ces personnes ont donc tout intérêt à recevoir une formation spécialisée, offerte par un centre de prévention du suicide ou encore par des formateurs qui possèdent la compétence nécessaire. Outre la nécessité de les outiller en intervention, cette formation les aidera également à parfaire leurs connaissances des possibilités d'action préventive dans leur école. Même si les activités prévues sont essentiellement des activités de promotion du mieux-être général et de la qualité de vie à l'école, la présence de personnes-ressources ayant reçu une formation demeure un élément clé pour l'école, et les habiletés acquises durant la formation peuvent facilement se transposer dans toute situation de crise.

Finalement, des mécanismes de soutien doivent être prévus pour les membres de ce groupe. Les intervenants scolaires ne sont pas à l'abri d'une forme d'épuisement et l'intervention auprès des jeunes en difficulté ou en crise suicidaire exige beaucoup sur le plan émotif. Des rencontres doivent être prévues afin que les membres de ce groupe puissent parler des jeunes ou encore des adultes qu'ils ont rencontrés, ventiler leurs émotions et se former mutuellement, dans un climat de soutien.

CONDITION DE RÉALISATION

8.6 LA COMPLÉMENTARITÉ AVEC LES RESSOURCES DU MILIEU

DESCRIPTION

La même règle de complémentarité s'applique en ce qui concerne les organismes de la communauté. Le partenariat est un outil important pour la prévention du suicide et, quelquefois, les intervenants scolaires hésitent à faire appel aux ressources de leur communauté comme le CLSC, les maisons de jeunes, le centre des services sociaux, le centre hospitalier, le centre de prévention du suicide. Cette hésitation est souvent le reflet d'un préjugé à l'endroit des ressources institutionnelles ou communautaires et, comme tout préjugé, démontre une méconnaissance de la pratique en cours et des éléments positifs de chacun des organismes du milieu.

Une façon de démystifier cette hésitation est d'aller rencontrer les intervenants, de les connaître plus intimement et d'établir des liens de collaboration. Ces liens peuvent amener les organismes à établir des protocoles d'orientation interorganismes, ce qui garantit aux jeunes l'accès à une gamme complète de ressources d'aide adaptées à leurs besoins et à leurs problèmes. Mentionnons que plus ces protocoles d'orientation seront personnalisés, plus le jeune aura une réponse rapide, sans qu'on le traite comme une «patate chaude» dont personne ne veut.

Il est souhaitable que les ressources du milieu délimitent leurs champs d'intervention respectifs. Si l'école a besoin de diriger une personne vers une autre ressource, il importe que cette orientation puisse être faite au moment de l'intervention de crise et qu'elle fasse partie du processus d'intervention. Par exemple, on peut dire à un jeune, après avoir désamorcé la crise: «Si tu veux, j'appelle Louise au CLSC; elle me dira à quelle heure elle peut te voir...». Bien sûr, ce type de recours demande au préalable que chacun des organismes en cause reconnaisse l'importance de la problématique et que des ententes précises soient en place. Par contre, l'expérience montre que ces ententes sont bénéfiques, tant pour le jeune que pour le personnel scolaire qui ne se sent plus seul dans la prise en charge.

CONCLUSION

Tout au long du document, l'objectif poursuivi a été de donner le maximum d'information afin de favoriser la mise en place d'activités visant la prévention du suicide en milieu scolaire.

Cependant, prévenir le suicide, ce n'est pas seulement une question de connaissances. C'est aussi une question d'amour et d'intérêt pour les jeunes. Cet amour et cet intérêt, on les rencontre chez la plupart des personnes intervenant à l'école; il s'agit donc de vaincre les peurs et de comprendre le suicide comme un cri de souffrance qui demande à être entendu. Ensemble, enseignants et enseignantes, intervenants scolaires ou du réseau de la santé et des services sociaux, centres de prévention du suicide, parents, intervenants municipaux et policiers, il est possible d'agir, de répondre aux besoins de ces jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

AGUILERA, D.C. et J.M. MESSIK. *Intervention en situation de crise*, Toronto, C.V. Mosby co., 1976.

BÉDARD, G. et D. FILION. *Programme de prévention du suicide chez les adolescents*, DSC Saint-Luc, 1985, 46 pages.

CAGLAR, H., F. LADAME, G. RAIMBAULT et M.H. SAMY. *Adolescence et suicide*, Paris, Les Éditions ESF, 1989, 173 pages.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. *Avis sur la prévention du suicide*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1982.

FAIRFAX COUNTY PUBLIC SCHOOLS. *Suggested Procedure for Schools when a Suicide or Similar Crisis Occurs*, Fairfax Virginia, 1986.

FILION, M., Y. DEMERS et L. LABISSONNIÈRE. *La prévention du suicide: et si on en parlait...*, Cahier 1 — guide d'animation, Commission des écoles catholiques de Verdun, CLSC Verdun, DSC Verdun, Verdun, 1988, 104 pages.

HANIGAN, D., M. TOUSIGNANT, M.F. BASTIEN et S. HAMEL. «Le soutien social suite à un événement critique chez un groupe de cégépiens suicidaires: étude comparative», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 7, n° 3, 1986, p. 63-81.

JACOBS, J. et J.D. TEICHER. «Adolescent who attempted suicide: preliminary findings», *American Journal of Psychiatry*, vol. 122, 1966, p. 1248-1257.

LEMAY, M. *Le suicide chez les enfants*, conférence présentée à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal, 1989.

MORISSETTE, P. *Le suicide, démystification, prévention, intervention*, P. Morissette éd., 1984, 436 pages.

PHANEUF, J. et M. SÉGUIN. «Suicide, prévention et intervention», série Dossier technique, Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse, Montréal, 1987.

PRONOVOST, J. et L. CÔTÉ. «Étude épidémiologique du suicide chez les étudiants de niveau secondaire», *Bulletin de l'association québécoise de suicidologie*, février 1989.

PRONOVOST, J. «Étude épidémiologique des comportements suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire», *Santé mentale au Canada*, vol. 38, n° 1, mars 1990.

RAYMOND, S. *Effet d'une intervention préventive du suicide auprès d'une population adolescente en milieu scolaire, Mémoire de maîtrise en psychologie*, Université du Québec à Montréal, 1987.

RAYMOND, S. et J. GADBOIS. *La prévention du suicide en milieu scolaire: une approche communautaire*, Suicide-Action Montréal inc., Montréal, 1987, 60 pages.

RAYMOND, S. et J. GADBOIS. *Rapport d'évaluation du programme de prévention du suicide en milieu scolaire: une approche communautaire*, Suicide-Action Montréal inc., Montréal, 1987, 78 pages.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

RAYMOND, S., F. GODIN, M. SÉGUIN, T. VENNE et F. FILIATRAULT. *En parler c'est notre solution, une évaluation d'un programme de prévention du suicide en milieu collégial*, DSC Cité de la santé de Laval, 1989, 93 pages.

ROY, J. et G. BOIVIN. *Prévenir et contrer la violence à l'école*, ministère de l'Éducation du Québec, 1988.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *Le suicide au Canada*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1987, 107 pages.

SHAFFER, D., A. GARLAND, M. GOULD, P. FISHER et P. TRAUTMAN. «Preventing teenage suicide, a critical review», *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, 1988, vol. 27, n° 6, p. 675-688.

SYLVAIN, G., C. THIBAULT et R. ROUTHIER. *La vie... c'est pour la vie*, document de présentation, Fondation JEVI, Sherbrooke, juin 1992.

TOUSIGNANT, M., D. HANIGAN et L. BERGERON. «Le mal de vivre: comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal», *Santé mentale au Québec*, vol. 9, 1984, p. 122-133.

TOUSIGNANT, M., S. HAMEL et M.F. BASTIEN. «Le suicide chez les jeunes», *Interface*, vol. 1, mai-juin 1990.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE À L'ÉCOLE

ANNEXES A

ANNEXE A-1

ÉVOLUTION DES TAUX DE SUICIDE (POUR 100 000 HABITANTS), AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS D'AUTRES PAYS, POUR LES HOMMES ET POUR LES FEMMES, EN 1971, 1976, 1981 ET 1986

PROVINCES ET PAYS	HOMMES				FEMMES			
	1971 (1)	1976	1981	1986 (2)	1971 (1)	1976	1981	1986 (2)
PROVINCES MARITIMES	15,06	18,00	16,87	16,92	2,65	3,50	3,12	4,27
QUÉBEC	15,82	16,15	25,35	26,74	5,40	5,67	8,16	7,89
ONTARIO	22,83	19,39	19,12	19,12	9,45	8,98	7,20	6,07
PROVINCES DES PRAIRIES	19,77	23,27	24,58	26,12	5,84	9,24	7,48	6,60
COLOMBIE-BRITANNIQUE	26,16	23,82	20,98	23,56	13,64	10,71	7,53	5,81
CANADA	20,25	19,59	21,78	22,75	7,61	7,84	7,22	6,52
ÉTATS-UNIS	19,48	20,10	19,26	21,04	7,67	7,11	6,02	5,49
ISRAËL	0,00	11,74	8,51	11,00	0,00	7,00	4,64	5,35
JAPON	20,91	23,56	23,62	26,00	14,81	15,18	12,57	12,88
BELGIQUE	22,76	22,91	29,73	30,14	9,07	10,97	13,86	13,29
TCHÉCOSLOVAQUIE	40,01	33,98	33,58	31,68	12,32	10,81	9,71	9,65
DANEMARK	33,60	31,70	39,58	34,92	18,73	17,68	21,12	19,30
FRANCE	24,62	24,26	29,26	33,70	8,47	8,67	10,41	12,22
RÉP. DÉM. ALLEMANDE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RÉP. FÉD. D'ALLEMAGNE	29,52	30,08	29,14	25,13	14,06	13,79	12,72	9,88
HONGRIE	55,18	60,73	66,33	67,95	20,01	22,46	26,51	23,18
ITALIE	9,24	8,48	10,12	12,30	3,68	3,44	3,84	4,29
PAYS-BAS	11,53	13,39	13,18	14,29	7,35	7,47	8,00	8,08
ESPAGNE	7,89	7,27	7,68	10,41	2,25	2,31	2,35	3,36
SUÈDE	28,57	26,42	24,28	25,84	12,12	11,20	10,14	9,77
SUISSE	28,17	33,54	33,52	33,68	11,63	12,43	13,64	12,05
ROYAUME-UNI	9,79	10,03	11,84	11,59	6,23	5,72	6,08	4,31
AUSTRALIE	20,99	17,70	18,24	19,65	10,59	6,65	6,06	5,91

(1) LES DONNÉES DE 1971 NE SONT PAS DISPONIBLES POUR ISRAËL ET LA R.D.A.

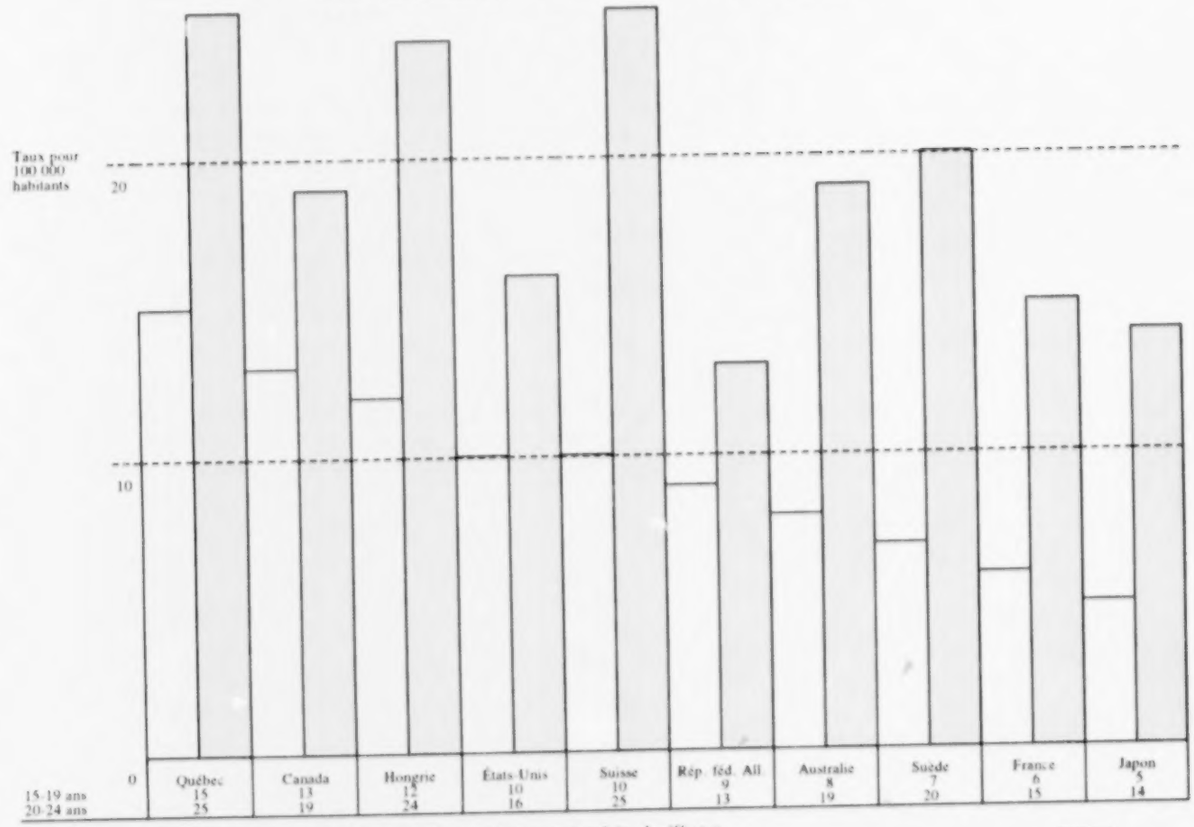
(2) LES TAUX POUR L'ITALIE ET L'ESPAGNE SONT CEUX DE 1985.
LES TAUX POUR LE JAPON, LA R.D.A., LA R.F.A., LA HONGRIE, LA SUISSE ET LE ROYAUME-UNI SONT CEUX DE 1987.

Source : Banque d'indicateurs internationaux. Service des études sociosanitaires. Août 1990;
données canadiennes : Statistique Canada
données autres pays : Organisation mondiale de la santé.

Note: Les taux ont été normalisés en utilisant la population européenne de 1981 comme population de référence.

ANNEXE A-2

COMPARAISON DES TAUX DE SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS, POUR LE QUÉBEC, LE CANADA ET D'AUTRES PAYS, 1986



Note: Les taux ont été normalisés en utilisant la population européenne de 1981 comme population de référence.

pour les 15-19 ans

pour les 20-24 ans

Source: MSSS, Service des études sociosanitaires, Guy Raymond, novembre 1990

ANNEXE A-3

TAUX DE SUICIDE PAR 100 000 HABITANTS EN 1986 AU CANADA, PAR ÂGE ET PAR SEXE

PROVINCES ET TERRITOIRES	SEXE MASCULIN				SEXE FÉMININ				TOTAL			
	10-14	15-19	20-24	25-29	10-14	15-19	20-24	25-29	10-14	15-19	20-24	25-29
PROVINCES MARITIMES	1	18	25	21	0	2	0	7	1	10	12	14
ONTARIO	2	15	20	30	0	4	5	5	1	9	13	17
QUÉBEC	2	24	43	42	0	6	6	9	1	15	25	25
PROVINCES DES PRAIRIES	3	27	44	33	2	7	7	6	3	17	26	20
COLOMBIE-BRITANNIQUE	4	17	32	31	1	2	9	8	3	10	20	19

Source: MSSS, Service des études sociosanitaires,
Guy Raymond, novembre 1990.

ANNEXE A-4

IMPORTANCE RELATIVE DE CERTAINES CAUSES DE MORTALITÉ CHEZ LES JEUNES DE 10 À 29 ANS, AU QUÉBEC, 1986

	10-14	15-19	20-24	25-29
TOUTES CAUSES	,00023 100,00	,00068 100,00	,00090 100,00	,00085 100,00
TUMEUR MALIGNE	,00004 15,53	,00004 6,54	,00007 7,98	,00012 13,58
DIABÈTE	,00000 0,00	,00000 0,00	,00000 0,00	,00000 0,19
APP. CIRCULATOIRE	,00001 3,88	,00001 2,18	,00004 4,75	,00006 7,36
APP. RESPIRATOIRE	,00002 6,80	,00001 1,56	,00002 2,28	,00002 1,89
APP. DIGESTIF	,00000 0,00	,00000 0,62	,00001 0,57	,00001 1,13
ANOMALIES	,00002 9,71	,00001 2,18	,00002 2,66	,00001 1,51
ACCIDENTS-TRAUM.	,00013 53,40	,00054 79,75	,00067 75,10	,00056 65,66
VÉH. À MOTEUR	,00006 27,18	,00028 42,06	,00028 31,18	,00018 20,94
CHUTES	,00000 0,00	,00000 0,31	,00001 1,33	,00001 0,75
SUICIDE	,00001 3,88	,00015 22,74	,00025 27,76	,00025 29,43
AUTRES	,00003 10,68	,00005 7,17	,00006 6,65	,00007 8,68

Source: MSSS, Service des études sociosanitaires,
Guy Raymond, novembre 1990.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE
À L'ÉCOLE

ANNEXE B

ANNEXE B

Critères d'évaluation d'une urgence faible, moyenne et élevée

URGENCE FAIBLE

1. la personne appelle pour jaser;
2. elle ne semble pas en crise ou très peu;
3. ne fait pas de menaces suicidaires ou très peu;
4. la personne est calme;
5. la personne semble vouloir attendre avant de passer à l'acte;
6. la personne semble accepter notre aide (qu'on la rencontre ou qu'on la rappelle);
7. elle peut être émotionnellement troublée, mais elle vous dira que ça va, qu'elle a le contrôle et qu'elle appellera si ça ne va pas;
8. la personne parle de projets (investiguez les projets de voyage ou de départ);
9. la personne n'est pas anormalement euphorique (attention aux rémissions spontanées);
10. en général, la personne, sans être euphorique, ne sera pas anormalement ou dramatiquement troublée émotionnellement.

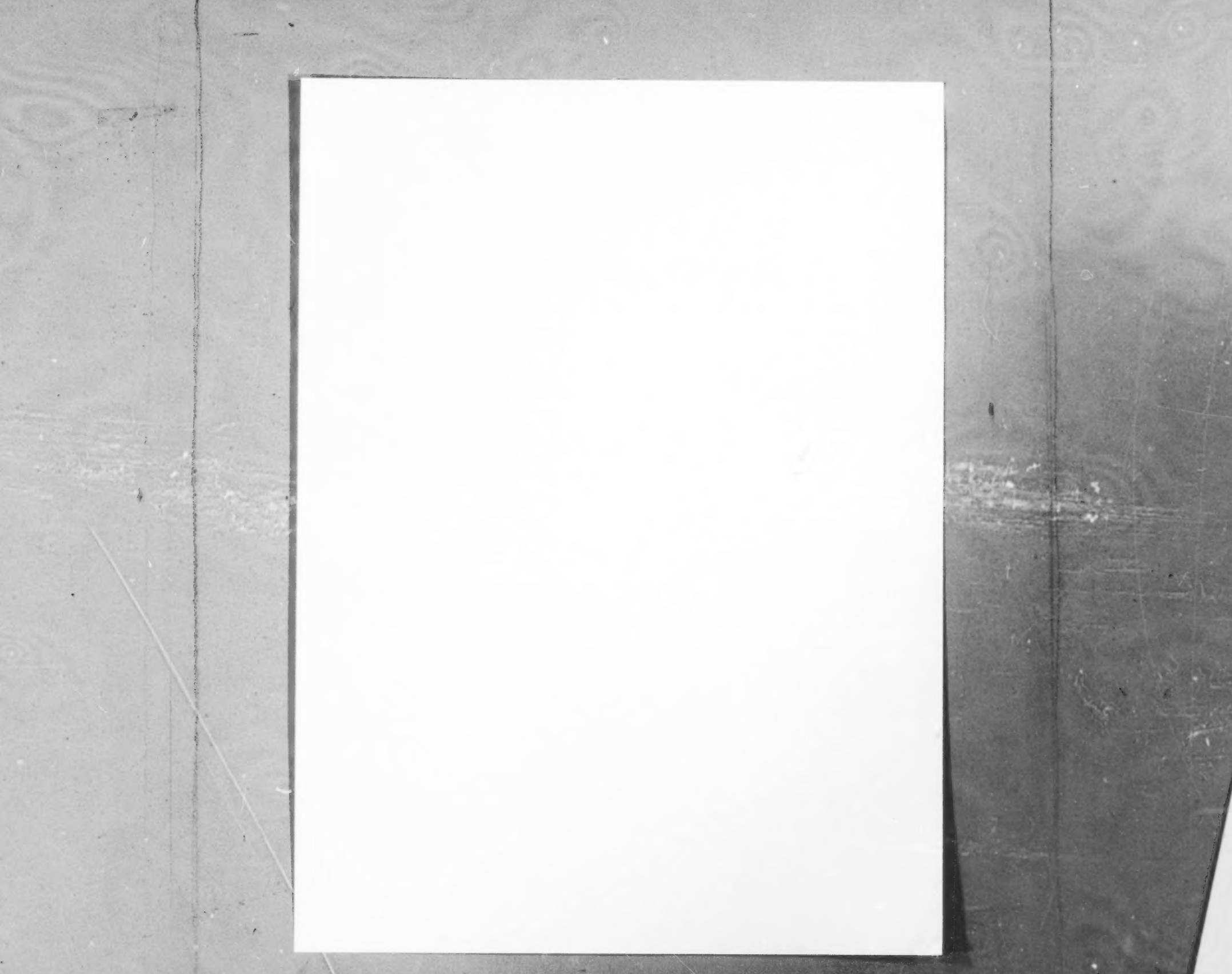
URGENCE MOYENNE

1. la personne est encore troublée émotionnellement;
2. elle ne remet pas en cause son intention de se suicider;
3. l'équilibre émotionnel et mental est très fragile, le calme avant la tempête;
4. elle peut passer du calme à la crise très rapidement;
5. elle peut nier avoir besoin d'aide;
6. les émotions sont plus contrôlées que pour une crise majeure;
7. les idées sont un peu plus claires que pour une crise majeure;
8. on sent que la personne se calme mais qu'elle peut quand même passer à l'acte;
9. elle peut accepter l'idée d'attendre mais à la condition d'être vue rapidement;
10. en général, la tentative de suicide n'est que reportée.

URGENCE ÉLEVÉE

1. la personne est décidée; la planification du suicide est claire;
2. la crise est très prononcée; beaucoup d'émotions ou alors émotions coupées complètement;
3. la rationalisation du suicide;
4. la personne a fait la tentative (ex.: les médicaments sont pris ou en train d'être absorbés);
5. la personne est très agitée; ou elle est complètement immobilisée par sa dépression (difficulté à parler);
6. la personne a peur de passer à l'acte; elle a peur de ce qu'elle pourrait faire;
7. la personne peut ne pas vouloir d'aide (même si elle appelle);
8. la personne dit qu'elle n'en peut plus; qu'elle n'est plus capable de supporter ça;
9. la personne semble complètement dépassée par ce qui lui arrive ou alors explique beaucoup sa décision;
10. en général, une urgence est élevée quand il y a proximité du passage à l'acte.

Tiré du manuel de formation de Suicide-Action Montréal.



Gouvernement du Québec
Ministère
de l'Éducation

9192-530
28-2560